

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE TEOLOGÍA
Escuela Profesional de Teología



Una Institución Adventista

Características sociodemográficas y su relación con el nivel de estilo de vida y la percepción del estado de salud, en líderes religiosos, Lima, 2015

Por:

Daniel William Richard Pérez

Asesor:

Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras

Lima, octubre de 2017

Cómo citar:

Turabian:

Daniel William Richard Pérez, “Características sociodemográficas y su relación con el nivel de estilo de vida y la percepción del estado de salud, en líderes religiosos, Lima, 2015”. Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Unión, 2017.

APA:

Richard, D. (2017). Características sociodemográficas y su relación con el nivel de estilo de vida y la percepción del estado de salud, en líderes religiosos, Lima, 2015 (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana Unión, Lima.

Vancouver:

Daniel W. Richard P. Características sociodemográficas y su relación con el nivel de estilo de vida y la percepción del estado de salud, en líderes religiosos, Lima, 2015 [Tesis de Licenciatura]. Lima; 2017.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

TT	Richard Pérez, Daniel William
2	Características sociodemográficas y su relación con el nivel de estilo de vida y la
R54	percepción del estado de salud, en líderes religiosos, Lima, 2015 / Autor: Daniel
2017	William Richard Pérez; Asesor: Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras. -- Lima 2017
	132 páginas: tablas.
	Tesis (Licenciatura), Universidad Peruana Unión. Facultad de Teología. EP. de
	Teología, 2017.
	Incluye bibliografía y resumen.
	Campo del conocimiento: Teología.
	1. Características sociodemográficas. 2. Estilo de vida. 3. Percepción del
	estado de salud. 4. Líderes religiosos.

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Miguel Guillermo Bernui Contreras, de la Facultad de Teología, Escuela Académico Profesional de Religión y Salud Pública, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: ***“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ESTILO DE VIDA Y LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD, EN LÍDERES RELIGIOSOS, LIMA, 2015”*** constituye la memoria que presenta el **Bachiller Daniel William Richard Pérez** para aspirar al título Profesional de Licenciado en Religión y Salud Pública, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Ñaña, Lima, a los 20 días del mes de octubre del año 2017.



Miguel Guillermo Bernui Contreras

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON EL
NIVEL DE ESTILO DE VIDA Y LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE
SALUD, EN LÍDERES RELIGIOSOS, LIMA, 2015”

TESIS

presentada para optar el título profesional de Licenciado en Religión y Salud
Pública

JURADO CALIFICADOR




Dr. Gludner Quispe Huanca
Presidente



Mg. Jesús Hanco Torres
Secretario



Mg. Yván Martín Balabarca Cárdenas
Vocal



Mg. Juan Marcelo Zanga Céspedes
Vocal



Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras
Asesor

Lima, 20 de octubre de 2017

A la memoria de mi padre, que en vida fue don Manuel Richard Cachay, quien, por precepto y ejemplo, supo inculcarme valores cristianos y vocación por el ministerio evangélico.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por estar a mi lado y ser la fortaleza de mi vida, y por darme las fuerzas necesarias para seguir adelante.

A la Facultad de Teología, de la Universidad Peruana Unión, por brindarme su apoyo y la oportunidad de estudiar la carrera de Religión y Salud Pública.

Al doctor Miguel Guillermo Bernui Contreras, por la asesoría brindada en la elaboración de la presente investigación.

Al comité dictaminador integrado por el magíster Yván Martín Balabarca Cárdenas y el magíster Juan Marcelo Zanga Céspedes, por sus consejos y oportunas recomendaciones.

A la doctora María Vallejos Atalaya, por su asesoría y orientación en la parte estadística del estudio.

Al magíster Richard Becerra Alvites, por su ayuda con la revisión de la ortografía, sintaxis y redacción del documento.

Un agradecimiento especial, a mi amada esposa Rosario y a mis queridos hijos, Marcos y Katterine, quienes son mi motivación e inspiración permanente.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	vii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE ABREVIATURAS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv

Capítulo

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
Descripción de la situación problemática	1
Antecedentes de la investigación	6
Formulación del problema	15
Problema general	15
Problemas específicos	16
Objetivos de la investigación.....	16
Objetivo general	17
Objetivos específicos	17
Hipótesis de la investigación	18
Hipótesis general.....	18
Hipótesis específicas	18
Justificación de la investigación	19
Delimitaciones.....	20
Limitaciones	21
Presuposiciones	21
2. MARCO TEÓRICO	23
Marco bíblico teológico de estilo de vida y estado de salud.....	23
Estilo de vida y salud en la Biblia	24
Actividad física	25
Dieta saludable.....	26
Descanso adecuado.....	27
Agua limpia	27
Luz solar	28
Aire puro	29
Temperancia.....	29

Confianza en Dios.....	30
Reglas de salud en la Biblia	31
Fundamento teórico del estilo de vida y el estado de salud	33
Marco global de los problemas de estilo de vida y salud.....	33
Estilo de vida	35
Tipologías de conducta en salud y estilo de vida	37
Macroescenarios para la promoción del estilo de vida.....	39
Determinantes del estilo de vida relacionados con la salud	41
Hábitos de estilo de vida relacionados con la salud	43
Actividad física	43
Descanso	48
Autocuidado	51
Hábitos alimenticios	52
Confianza en Dios	58
Relaciones interpersonales.....	59
Bienestar psicológico	61
Percepción del estado de salud	62
Definición de estado de salud	62
Importancia de la percepción del estado de salud	64
Características sociodemográficas	67
Definición de términos	67
Iglesia Adventista del Séptimo Día	68
Líder religioso	68
Campo local.....	68
Cargo	69
Distrito misionero	69
Miembros	69
Obrero	69
3. METODOLOGÍA	70
Alcance de la investigación.....	70
Diseño de la investigación	70
Población o universo	71
Muestra	71
Criterios de inclusión	72
Criterios de exclusión	73
Consideraciones éticas	73
Definición y operacionalización de las variables	74
Definición de las variables.....	75
Características sociodemográficas	75
Estilo de vida	75
Percepción de estado de salud	76
Operacionalización de las variables	76
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	79
Validación de los instrumentos	80
Procedimiento para la recolección de datos	82

Procesamiento y análisis de datos.....	83
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	85
Descripción de variables sociodemográficas	85
Descripción del nivel de estilo de vida y nivel de estado de salud.....	87
Descripción del estilo de vida y estado de salud respecto a las variables sociodemográficas cualitativas.....	87
Prueba de hipótesis	91
Discusión de resultados.....	92
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	94
Conclusiones	94
Recomendaciones.....	95
Apéndices	
A: CUESTTIONARIO SOBRE ESTILO DE VIDA Y PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD	97
B: MATRIZ INSTRUMENTAL	102
C: MATRIZ DE CONSISTENCIA	104
D: RESUMEN DE PRUEBAS DE CONSISTENCIA INTERNA DE VARIABLES Y DIMENSIONES	106
E: HOJAS DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS	108
BIBLIOGRAFÍA.....	109

LISTA DE TABLAS

1. Clasificación de los nutrientes	55
2. Simbología de la fórmula de la muestra	72
3. Operacionalización de las variables sociodemográficas	77
4. Operacionalización de las variables estilo de vida y percepción del estado de salud	77
5. Características sociodemográficas cualitativas	86
6. Características sociodemográficas cuantitativas	87
7. Nivel de estilo de vida y nivel estado de salud de los participantes	87
8. Etilo de vida y estado de salud respecto al sexo	88
9. Estilo de vida y estado de salud respecto al estado civil	88
10. Estilo de vida y estado de salud respecto a la región de procedencia ...	89
11. Estilo de vida y estado de salud respecto al máximo título o grado alcanzado	89
12. Estilo de vida y estado de salud respecto a la institución donde labora .	90
13. Estilo de vida y estado de salud respecto al área de desempeño profesional	90
14. Relación de las características sociodemográficas con el estilo de vida.	91
15. Relación de las características sociodemográficas con la percepción del estado de salud	92

LISTA DE FIGURAS

1. Perú: Personas de 15 y más años de edad con presión arterial alta de acuerdo a medición efectuada, según sexo y región natural, Perú, 2015.....	6
2. Determinantes de la salud, según Marc Lalonde (1974)	37
3. Determinantes del estilo de vida relacionados con la salud.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS

AF	Actividad Física
AT	Antiguo Testamento
APCE	Asociación Peruana Central Este
APC	Asociación Peruana Central
ET	Enfermedades Transmisibles
EV	Estilo de Vida
ENT	Enfermedades no Trasmisibles
EVS	Estilo de Vida Saludable
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MICOP	Misión Centro Oeste del Perú
MINSA	Ministerio de Salud
NT	Nuevo Testamento
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SE	Significado de la Enfermedad
SF-12	Cuestionario de salud para medir la percepción del estado de salud
UPeU	Universidad Peruana Unión
UPN	Unión Peruana del Norte
UPS	Unión Peruana del Sur

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación de las características sociodemográficas con el nivel de estilo de vida y la percepción del estado de salud, en líderes religiosos, Lima, 2015. El estudio fue de alcance descriptivo y correlacional, con diseño no experimental, de corte transversal, en una muestra de 192 líderes religiosos a quienes se les aplicó el *Cuestionario (modificado) de Perfil de Estilo de Vida* (PEPS-I) y la *Encuesta General de Estado de Salud de MOS* (SF-12), utilizados por su alto grado de confiabilidad y validez Alfa de Cronbach de ,923 y ,818 respectivamente. Los datos obtenidos fueron procesados en el software estadístico SPSS versión 22. El *estilo de vida* es definido como hábitos de vida, forma de vida y un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas que, algunas veces, son saludables y otras veces son nocivas para su salud; en tanto que, el *estado de salud*, se define como la evaluación que una persona hace de su vida sobre la base de diferentes áreas de la misma, fundamentalmente de su estado físico, funcional, psicológico y social. La conclusión a la cual se llegó, fue que que la mayoría de variables sociodemográficas no se relacionan con el estilo de vida ni con la percepción del estado de salud, excepto la variable *institución donde labora* con el *estilo de vida* (0.031).

Palabras Clave: Características sociodemográficas; estilo de vida; percepción del estado de salud; líderes religiosos.

ABSTRACT

The present study had as objective to determine the relation of the sociodemographic characteristics with the level of lifestyle and the perception of health status, in religious leaders, Lima, 2015. The study was of descriptive and correlational scope, with non-experimental design and cross-sectional study, taking a sample of 192 religious leaders who were given the (modified) Lifestyle Profile Questionnaire (PEPS-I) and the General Health Survey of MOS (SF-12) due to its high degree of reliability and validity Cronbach's alpha of ,923 and ,818 respectively. The data obtained was processed in SPSS version 22 statistical software. *Lifestyle* is defined as life habits, lifestyle and a set of behaviors or attitudes developed by people that can be sometimes healthy and sometimes harmful for health. Meanwhile, *health status* is defined as the evaluation that a person makes of his life based on different areas of the same, fundamentally of his physical, functional, psychological and social state. The conclusion reached was that the majority of sociodemographic variables are not related to lifestyle nor to the perception of health status, except for variable *place of work* with *lifestyle* (0.031).

Key Words: Sociodemographic characteristics; Lifestyle; perception of health status; religious leaders.

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente capítulo aborda la situación problemática, los antecedentes de la investigación,¹ la formulación del problema, los objetivos e hipótesis del estudio; también describe la justificación, delimitaciones, limitaciones y las presuposiciones del investigador.

Descripción de la situación problemática

En esta sección se presenta de manera deductiva (de lo general a lo particular), el contexto en el cual se generó el problema de estudio. Estos hechos se refieren a la magnitud, frecuencia, población involucrada y áreas geográficas afectadas, factores implicados, evidencias, tendencias y personas involucradas en el asunto a tratar.²

Se sabe que los mayores problemas de salud, que agobian hoy a la sociedad, son aquellos relacionados con el estilo de vida que, al mismo tiempo, impactan sobre la percepción que las personas tienen de su estado de salud. Esta situación ha sido evidenciada por el incremento significativo de las enfermedades no transmisibles (ENT),

¹Una definición acertada, de lo que es investigación, la da Azofeifa: “Podemos definir la investigación como la búsqueda sistemática de información adecuada para el conocimiento objetivo de un tema específico”. Isaac Felipe Azofeifa, *Guía para la investigación y desarrollo de un tema* (San José, Costa Rica: Departamento de Publicaciones de la Universidad de Costa Rica, 1975), 5.

²Héctor Daniel Lerma, *Metodología de la investigación: Propuesta, anteproyecto y proyecto* (Bogotá: Litoperla Editores, 2002), 28.

siendo estas la primera causa de muerte y discapacidad en el mundo. En su informe sobre “La salud en el mundo”, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló que, de los 45 millones de fallecidos en el 2003, 32 millones se produjeron por causa de las ENT, llamadas también enfermedades del estilo de vida.

Estas dolencias cobraron casi cuatro veces más vidas que las enfermedades transmisibles (ET). Lo cierto es que las ENT van en aumento exponencial en todo el mundo y representan actualmente casi la mitad de la carga mundial de morbilidad (para todas las edades), lo que supone un incremento del 10% con respecto a los niveles estimados en 1990.³ Por otro lado, el envejecimiento de la población, los cambios en el estilo de vida y la distribución de los factores de riesgo, han acelerado en muchos países en desarrollo, la epidemia de las ENT.⁴

Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁵ manifiesta que al mismo tiempo en que se produce un cambio en el patrón epidemiológico, también se genera un cambio en el patrón demográfico. Existen en la actualidad, cerca de 600 millones de personas mayores de 60 años. Ese número se triplicará para el 2025 y, en el 2050, se habrá transformado en 2000 millones, la mayoría de los cuales se encontrarán en países en desarrollo. El incremento acelerado del envejecimiento poblacional, aumenta el riesgo de padecer una ENT, y con ello, se incrementa las demandas económicas y sociales de las poblaciones a nivel mundial.

³Organización de las Naciones Unidas, *World population prospects the 2002 revision* (New York: División de Población, 2002), 3,4.

⁴OMS, *Informe sobre la salud en el mundo*, 2003, <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html> (consultado: 10 de abril, 2016).

⁵Ibíd.

Por su lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reunida el 23 de octubre de 2013 en Buenos Aires,⁶ manifestó su preocupación por las ENT que son ahora la causa principal de enfermedad y muerte prematura y evitable en la región de las Américas. La carga social y económica, que conlleva el tratamiento de las ENT, afecta el bienestar individual y familiar, frenando el desarrollo socioeconómico de las naciones.

Sobre la prevención y control de las ENT, para los años 2012 - 2025, la OPS planteó cuatro vías estratégicas: 1) implementar políticas y alianzas multisectoriales, 2) reducir los factores de riesgo e incrementar los factores protectores de las ENT, 3) responder, desde los sistemas de salud, a las ENT y sus factores de riesgo y 4) incrementar la vigilancia e investigación sobre las ENT.⁷

Estas acciones estratégicas se concentran en las cuatro ENT que representan la mayor carga de enfermedad en las Américas: 1) enfermedades cardiovasculares, 2) cáncer, 3) diabetes y 4) enfermedades respiratorias crónicas. Estas dolencias comparten cuatro factores de riesgo comunes: 1) consumo de tabaco, 2) régimen alimenticio poco saludable, 3) inactividad física y 4) consumo nocivo de alcohol. Al mismo tiempo, en el plan se toma en cuenta cuatro importantes comorbilidades: 1) sobrepeso y obesidad, 2) trastornos de salud mental (especialmente depresión y demencia), 3) enfermedades bucales y 4) nefropatías, las mismos que complican el estado de salud de las personas.⁸

Los cálculos macroeconómicos de la OPS estiman que, en los próximos 20 años,

⁶OPS, *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019* (Washington, DC: Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OPS, 2013), 7.

⁷Ibíd.

⁸Ibíd.

la producción mundial presentará pérdidas acumulativas de US \$ 46 billones como consecuencia de las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y trastornos de salud mental.⁹

En la región de las Américas, las ENT son la causa de tres de cada cuatro defunciones, y el 34% de las muertes debido a que las ENT que son prematuras, es decir, se producen en personas de 30 a 69 años.¹⁰ Por ejemplo, los cálculos muestran que casi el 30% de las muertes prematuras, por enfermedades cardiovasculares, se producen en el 20% de los países más pobres de la población de las Américas, mientras que solo el 13% de esas muertes prematuras se observan en el 20% en países más ricos.¹¹

Del mismo modo, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA)¹² manifestó que, en los últimos 30 años, los cambios sociodemográficos han presentado: 1) disminución de la fecundidad, la cual ha caído de 6.0 % a 2.3 % entre 1970 y 2011, 2) descenso de la mortalidad infantil de 157 por cada mil nacidos vivos menores de un año en 1975, a 22 por cada mil el 2011 y 3) descenso de la tasa de mortalidad: 5,93 muertes/1,000 habitantes. Esta situación ha traído como consecuencia un incremento de la expectativa

⁹OMS. *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*. Ginebra, http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/index.html (consultado: 1 de mayo, 2016).

¹⁰OPS, *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS, 2014”, http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31439&lang=es (consultado: 20 de marzo, 2017).

¹¹OPS, *Enfermedades no transmisibles en las Américas: Indicadores básicos 2011*. Washington (DC), http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&-view=article&id=1930 &Itemid=1708&lang=es (consultado: 3 de abril, 2016).

¹²MINSA, *Situación de las enfermedades no trasmisibles en el Perú*, <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/dms/situacion.html> (consultado: 18 de marzo, 2016).

de vida de los peruanos que han pasado de 45 años en 1960 a 71.8 años en el 2011; lo cual está originando un aumento significativo de las ENT propias de dichas edades como el cáncer, hipertensión arterial, diabetes mellitus, arterioesclerosis, hiperlipidemias, obesidad y enfermedades mentales asociadas con carencias secundarias.

Según el MINSA, las principales causas de mortalidad por las ENT en el Perú son: 1) la enfermedad isquémica del corazón (44,8 x 100.000 hab.), 2) las enfermedades cerebrovasculares (31,4), el cáncer de estómago (21,0), la diabetes mellitus (20,4), la presión alta (17,1), el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (10,7), el tumor ó cáncer de próstata (10,4), el cáncer de cuello uterino, y parte no especificada (8,3) y cáncer de mama de la mujer (4,7).¹³

Es más, solo el 40% de la población adulta realiza alguna actividad física leve (17), el sobrepeso afecta a 35,3% de esa población (39,1% de las mujeres y 31,1% de los hombres) y la obesidad a 16,5% (20,3% de las mujeres y 12,6% de los hombres). El 19,6% presenta hipercolesterolemia, 15,3% hipertrigliceridemia y 5,3% niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL) superiores a 130 mg/dl.¹⁴

En cuanto a la primera causa de muerte en el Perú (Figura 1), el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI),¹⁵ comprobó que en la población de 15 y más años de edad con presión arterial medida, se encontró un 16,6% con hipertensión arterial; siendo el sexo masculino más afectado (21,5%) que el sexo femenino (12,3%). La prevalencia

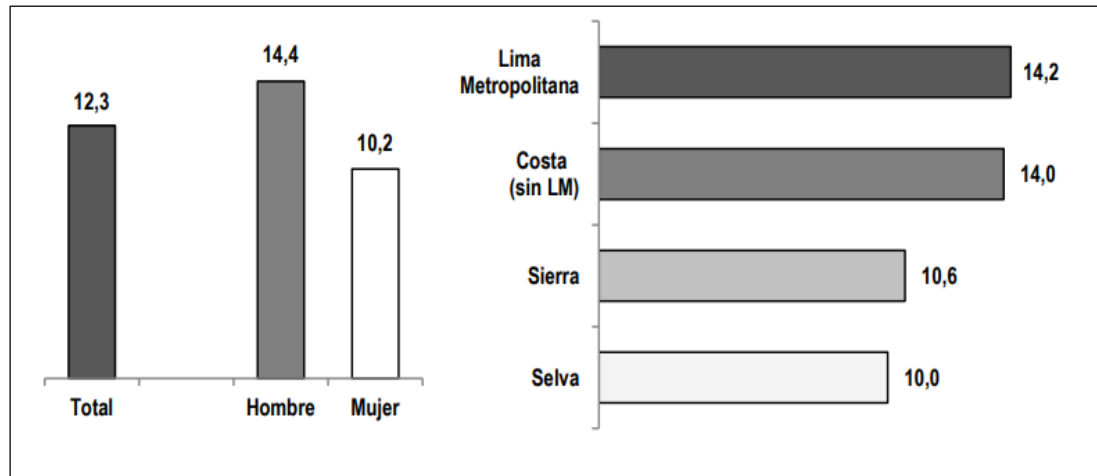
¹³MINSA.

¹⁴Ibíd.

¹⁵INEI, *Encuesta demográfica y de salud familiar*, https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1152/cap01.pdf (consultado: 12 de enero, 2016).

de hipertensión arterial es mayor en la Costa sin tomar en cuenta Lima Metropolitana (20,2%), seguido por Lima Metropolitana (18,7%); en tanto, la menor prevalencia se registró en la Selva (11,9%) y en la Sierra (13,3%).

Figura 1. Personas de 15 y más años de edad con presión arterial alta de acuerdo a medición efectuada, según sexo y región natural, Perú, 2015.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familia, mayo 2016.

Por el impacto que tiene el estilo de vida sobre el estado de salud, en relación con las variables sociodemográficas en el Perú y el mundo, se justifica la realización de la presente investigación.

Antecedentes de la investigación

En esta sección se presenta un resumen de los principales estudios encontrados por otros investigadores sobre el objeto en cuestión.¹⁶ Estos estudios incluyen: tesis, artículos científicos, libros especializados, etc. De cada estudio se destacan los asuntos de mayor interés para los fines del estudio: autor (es), título, objetivo, metodología, resultados y conclusiones.

¹⁶Lerma, 45.

Castillo y Vílchez realizaron un estudio titulado “Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor, en el Asentamiento Humano Sánchez Milla, Nuevo Chimbote, 2013”, con el objetivo determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor; se trata de una investigación de corte transversal, con diseño descriptivo correlacional. La muestra fue de 123 adultos mayores, a quienes se les aplicó dos instrumentos: Escala de estilo de vida elaborada por Walker, Sechrist y Pender, modificada por Díaz, R., Reyna, E. y Delgado, R., asimismo, el cuestionario semiestructurado sobre factores biosocioculturales del adulto mayor, elaborado por los mismos autores mencionados. Para determinar la relación entre variables se aplicó la prueba de independencia de criterios Chi². Los resultados muestran que la mayoría de adultos mayores presentan un estilo de vida no saludable. Con relación a los factores biosocioculturales, se comprobó que la mayoría practica la religión católica, de estado civil conviviente e ingreso económico entre S/. 100 y S/. 599; más de la mitad tiene secundaria completa. El estudio concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales: grado de instrucción, religión, estado civil y ocupación, pero sí existe relación entre el factor social y el estilo de vida.¹⁷

Felicitas Díaz realizó una investigación sobre: “Percepción del estado de salud y estilo de vida en trabajadores de una refinería”, con el objetivo de señalar el efecto de la percepción del estado de salud y de los factores personales biológicos, socioculturales sobre el estilo de vida en los trabajadores de una industria petrolera del sur de Veracruz.

¹⁷Leslye Castillo Contreras, María Adriana Vílchez Reyes, “Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor, Asentamiento Humano Sánchez Milla, Nuevo Chimbote, 2013”, <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/841> (consultado: 20 de marzo, 2017).

El diseño fue de tipo descriptivo y correlacional, en una muestra de 196 trabajadores. Los instrumentos utilizados fueron: a) Cédula de Identificación de Factores Personales, b) Perfil de Estilos de Vida (PEPS II) y c) Encuesta General de Salud (MOS). Los resultados fueron: Los factores personales biológicos, socioculturales y la percepción del estado de salud afectan el estilo de vida. Los factores biológicos y socioculturales no revelan efecto significativo sobre el estilo de vida; asimismo, no hubo diferencia significativa en el estilo de vida según sexo y ocupación, solo se encontró diferencia significativa en la nutrición y responsabilidad en salud por ocupación. La edad se asoció con la percepción del estado de salud, con la responsabilidad en salud, nutrición y manejo de estrés. El ingreso económico se asoció con el estilo de vida. El IMC se asoció significativamente con el ejercicio y el estado de salud. El estudio concluyó en que la percepción del estado de salud afecta significativamente el estilo de vida de las personas.¹⁸

Por otro lado, Daniel Jiménez¹⁹ en su artículo sobre “Estilo de vida: instrumento en programas de promoción de la salud”, publicado en la Revista Médica de Chile, señala que el desafío para Chile, Argentina, Uruguay, Brasil y demás naciones de Sudamérica es urgente, dada a la morbilidad causada por las ENT. El autor sugiere que invertir en promoción de estilos de vida saludables habría evitado más muertes y enfermedades cardiovasculares que todas las unidades coronarias, resucitaciones, monitoreos y bypass

¹⁸Felicitas Elena Díaz Vega, “Percepción del estado de salud y estilo de vida en trabajadores de una refinería”, <http://132.248.9.34/hevila/Altepepaktli/2008/vol4/no7/47.pdf> (Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León, México, 2001), 14, 17 (consultado: 12 de abril, 2016).

¹⁹Daniel Jiménez, “Estilo de vida: Instrumento en programas de promoción de la salud”. *Rev. Méd. Chile* 121, no. 5 (1993): 574 - 580.

coronarios juntos y a un costo mil veces menor. Manifiesta, además, que pasar de la prevención primaria de la enfermedad a la promoción de la salud es un reto difícil pero ineludible, sobre todo cuando hay que cambiar el estilo de vida de las personas. Concluye proponiendo seis pasos para ejecutar programas de promoción de la salud con miras a un cambio en el estilo de vida: 1) capacitarse en epidemiología conductual, 2) elegir un concepto de estilo de vida biopsicosocial, 3) identificar poblaciones vulnerables y tipificar su macroescenario predominante, 4) elegir metodologías educativas apropiadas para el cambio de conducta y del estilo de vida, 5) incorporar las estrategias de fomento de un estilo de vida saludable y 6) señalar los requisitos habilitantes de los agentes de cambio, promotores de salud y operadores de los programas.

Asimismo, A. Nuviala et al.,²⁰ hicieron otro estudio denominado: “Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada”. El objetivo de este trabajo fue establecer tipologías de estilo de vida y conocer si presentan relación con la percepción de la salud. La muestra fue de 745 adolescentes. Los resultados demuestran la existencia de dos grupos de estilo de vida. Concluye en que no existen diferencias significativas en la percepción de la salud entre ambos grupos y que la realización de actividad física organizada no influye ni en la vinculación a los grupos, ni en la salud autopercebida.

También Más, Alberti y Espeso²¹ realizaron otra investigación denominada:

²⁰A. Nuviala et al., “Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada”. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 36, no. 9 (2009): 414-430, <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista36/artsalud121.htm> (consultado: 4 de abril, 2015).

²¹Maheli Más S., Lizet Alberti V., y Nelía Espeso N. “Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo”. *Rev Hum Med* 5, no. 2 (2005): 1, 2.

“Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo”. El objetivo de la investigación fue realizar una revisión de la literatura sobre los estilos de vida que se encuentran más presentes en la vida moderna. El trabajo se llevó a cabo mediante la búsqueda bibliográfica de lo publicado sobre el tema en libros del Ministerio de Salud, en la prensa escrita y en revistas sobre salud. Por los resultados obtenidos, el estudio encontró que, entre los hábitos no saludables y modificables, que afectan con mayor frecuencia los estilos de vida, se encuentran: el estrés, el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo y los malos hábitos alimenticios. En la vida moderna, estos factores de riesgo se multiplican cada día más y están cada vez más presentes en los diversos grupos de edades, predominando los estilos de vida insanos. El estudio concluye en que cada estilo de vida insano tiene efectos negativos para la salud; al mismo tiempo, enfatiza la modificación de los mismos, promoviendo estilos de vida saludables.

Por su lado, Caroline Valdivia²² realizó un trabajo titulado: “Estudio de estilos de vida en estudiantes que cursan el último año de su carrera de pregrado en la Universidad Austral de Chile”. El objetivo de la investigación fue determinar si los estilos de vida de los estudiantes que cursan el penúltimo y último semestre, en la Facultad de Medicina, son más saludables que aquellos estudiantes que pertenecen a otras facultades. Se estudiaron a 374 estudiantes. El instrumento usado fue una encuesta de calidad de vida, elaborada por el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Instituto Nacional de Estadísticas (INEC). El estudio concluyó en que, pese a que los estudiantes de la Facultad de Medicina

²²Caroline, D. Valdivia, “Estudio de estilos de vida en estudiantes que cursan el último año de su carrera de pregrado” (Tesis de Licenciado, Universidad Austral de Chile, 2004), <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32752/1/articulo4.pdf> (consultado: 7 de marzo, 2016).

experimentan un mejor estilo de vida, se debe intervenir en ambos grupos de estudiantes para mejorar su calidad de vida; no obstante, el mejor estilo de vida de los estudiantes de medicina, existe incoherencia entre los conocimientos que adquieren en la universidad y su práctica.

En un artículo publicado por Leticia Espinosa denominado: “Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad”,²³ se encontró que la calidad de vida depende directamente del medio ambiente y su calidad. Asimismo, la valoración sobre la salud no solo depende de las necesidades y los conocimientos del individuo, sino también de las condiciones de vida y trabajo. Se realizó un estudio donde se muestran los cambios sociales del modo y estilo de vida de la población, y su relación con el proceso salud-enfermedad. Los cambios del modo y estilo de vida “determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de las personas, modificando el proceso salud-enfermedad”²⁴. En este trabajo se afirma que la valoración sobre la salud no solo depende de las necesidades y los conocimientos del individuo, sino también de las condiciones de vida y trabajo. Así, el modo de vida de la población depende del sistema imperante.

Otra investigación, realizada por Arrivillaga y Salazar²⁵, denominada: “Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos”, se encontró alta o muy alta presencia de creencias favorables a la salud en todas las dimensiones evaluadas,

²³Leticia Espinosa G., “Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Rev. Cubana Estomatol* 41, no. 3 (2004), citado por Guerrero y León, “Estilo de vida y salud: Un problema socioeducativo, antecedentes”. *EDUCERE* 14, no. 49 (2010): 28, 29.

²⁴*Ibíd.*

²⁵Marcela Arrivillaga e Isabel Salazar, “Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos”. *Rv. Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, no. 1 (2005): 19-36.

excepto en el sueño. Fue un estudio descriptivo con diseño no experimental de corte transversal. La muestra del estudio fue de 754 jóvenes, en quienes se evaluaron sus creencias en salud tomando en cuenta seis dimensiones del estilo de vida: actividad física y deporte; tiempo de ocio; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y sueño. Se recogió la información mediante el Cuestionario de Prácticas y Creencias Relacionadas con estilos de vida y la Encuesta sobre Factores del contexto Relacionados con el estilo de vida. El estudio concluyó con el planteamiento de la necesidad urgente de diseñar programas que estén orientados, básicamente, a la promoción de estilos de vida saludables en las poblaciones más jóvenes, y que los programas deben contemplar distintos procesos psicosociales como el aprendizaje significativo, la cognición, la motivación y la emoción.

También, se realizó otro estudio denominado: “Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima”.²⁶ El objetivo fue establecer la relación entre las variables: bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, pareja, vida familiar, ocio, medios de comunicación, religión y calidad de vida, y tres factores del estilo de vida saludable: actividad deportiva, consumo de alimentos, sueño y reposo. Es un estudio de alcance descriptivo y correlacional, en una muestra de 198 profesionales de la salud. Se aplicaron dos instrumentos de medición: Escala de Calidad de Vida y Cuestionario de Estilo de Vida Saludable. La investigación encontró que no hubo correlación entre calidad de vida y actividad deportiva. Se encontró correlación entre calidad de vida del dominio salud y el consumo de alimentos en el

²⁶Mirian Pilar Grimaldo Muchotrig, “Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima”. *Pensamiento Psicológico* 8, no. 15 (2010): 17- 38.

grupo de edad más joven. Se observaron correlaciones moderadas entre algunos dominios de la calidad de vida (amigos, vida familiar, ocio y religión), sueño y reposo, principalmente en el grupo que recibe entre 719 y 1436 dólares americanos. Respecto al dominio vecindario, las correlaciones moderadas se observaron en el grupo de los que ganan hasta 718 dólares y en los profesionales no médicos. El estudio concluyó en que existe relación entre sueño y calidad de vida, además, hay necesidad de continuar investigando en otros grupos muestrales.

Por su lado, Gallegos-Juárez et al., realizaron una investigación titulada: “Estilos de vida, salud autopercebida y utilización de los servicios sanitarios en inmigrantes de Paraguay y Bolivia residentes en la ciudad de Elche”.²⁷ El objetivo del trabajo fue identificar el estilo de vida, utilización de los servicios sanitarios, autopercepción del estado de salud y la valoración de los servicios sanitarios, en los inmigrantes mencionados, para establecer estrategias de prevención y adaptar los servicios sanitarios a las necesidades de esta población. Fue un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de 84 inmigrantes mayores de 15 años. Encontraron que el 33% de los encuestados no realizaban ninguna actividad física. El 14,3% era fumador (varones [23,8%] vs. mujeres [4,8%]). El 82,1% refería consumo de alcohol. La valoración de la salud autopercebida como buena y muy buena fue en el 59,5% (paraguayos [71,4%] vs. bolivianos [42,9%]), hasta un 11,9% refería dislipidemias. La utilización de los servicios de salud fue del 85,4% (varones [75%] vs. mujeres [95,2%]), y el 51% acudió a urgencias. La consulta con el dentista fue referida en el 43,9% (paraguayos [56,2%] vs. bolivianos

²⁷I.G. Gallegos-Juárez et al., “Estilos de vida, salud autopercebida y utilización de los servicios sanitarios en inmigrantes de Paraguay y Bolivia residentes en la ciudad de Elche”, *Semergen* 8, no. 38 (2012): 432- 438.

[26,5%]; $p = 0,007$). El 65,9% de los entrevistados tenían una valoración excelente-buena del sistema de salud pública española. El estudio concluyó en que, respecto al estilo de vida, la utilización de recursos privados y la salud percibida son diferentes en los dos grupos. Ambos conjuntos de encuestados valoraron como buena el sistema de salud pública dado por el gobierno español. Se sugieren estrategias para mejorar el estilo de vida, reducir el consumo de tabaco y alcohol, y controlar de dislipidemias.²⁸

Por último, Isabel Aguilar-Palacio, Patricia Carrera-Lasfuentes y José Rabanaque realizaron un estudio titulado: “Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012)”.²⁹ El estudio tuvo como objetivo observar la evolución de la prevalencia de la mala salud percibida en las comunidades españolas durante los períodos de 2001 al 2012, las diferencias por sexo y edad, y la influencia del nivel educativo. Fue un estudio descriptivo, no experimental de corte longitudinal. Para extraer los resultados, se utilizaron el análisis de regresión logística. Se encontró que la prevalencia de mala salud percibida fue mayor en el sexo femenino con nivel educativo bajo y mejoró en las que tenían un nivel educativo alto (18,6% en el 2001 y 14,6% en el 2012). En general, el nivel educativo bajo se asoció con una peor salud percibida en la mayoría de los participantes de Andalucía. El estudio señaló que, en España, la prevalencia de mala salud percibida no se modificó en el período estudiado,

²⁸Las *dislipidemias* son trastornos del metabolismo de los lípidos; es decir, incremento del nivel del colesterol y de triglicéridos condicionado por factores hereditarios, no necesariamente por el tipo de alimentación. Jorge Pamplona, *Cómo tener un cuerpo sano* (Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 2011), 252.

²⁹Isabel Aguilar-Palacio, Patricia Carrera-Lasfuentes y M. José Rabanaque, “Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012)”, *Gac Sanit* 1, no. 29 (2015): 37– 43, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114002015> (consultado: 12 de julio, 2016).

pero mejoró en las comunidades de Baleares, Cataluña y Madrid. Concluye en que existen diferencias en la prevalencia de mala salud percibida por las Comunidades Autónomas. Pese a que, durante el estudio, no varió en el período analizado; sin embargo, se observaron desigualdades importantes en su evolución según el nivel educativo y el sexo, lo cual podría conllevar un incremento de las desigualdades en mujeres según el nivel educativo.

Hasta donde se revisó la literatura, no se encontraron suficientes estudios sobre variables sociodemográficas, relacionadas al estilo de vida y a la percepción del estado de salud, lo cual justifica este trabajo.

Formulación del problema

Luego de describir la situación problemática, y presentar los antecedentes del estudio, se formulan el problema general y los problemas específicos. Se exponen las variables principales y se indica su relación. La formulación puede darse en forma de pregunta o en forma enunciativa;³⁰ se recomienda que sea en forma de pregunta.

La formulación del problema debe cumplir con los siguientes criterios: 1) expresa una relación entre variables, 2) es formulada como pregunta, 3) posibilita una prueba empírica de las variables, 4) presenta una dimensión temporal y espacial, y 5) debe especificar la población objeto de estudio.³¹

Problema general

Por lo descrito anteriormente, se formula la siguiente pregunta: ¿Cómo se

³⁰Lerma, 41.

³¹Elia Pineda, Eva Alvarado y Francisca H. de Canales, *Metodología de la investigación* (Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud, 1994), 43, 44.

relacionan las características sociodemográficas con el nivel de estilo de vida y la percepción del estado de salud en líderes religiosos, Lima, 2015?

Problemas específicos

La formulación de los problemas específicos se inicia con las preguntas que dan lugar a la descripción de las variables estudiadas, luego se exponen las demás.

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los líderes religiosos?
2. ¿Cuál es el nivel de estilo de vida y de estado de salud de los líderes religiosos?
3. ¿Cómo se distribuyen las características sociodemográficas respecto al nivel de estilo de vida y nivel de percepción del estado de salud de los líderes religiosos?
4. ¿Cómo se relacionan las características sociodemográficas con el estilo de vida de los líderes religiosos?
5. ¿Cómo se relacionan las características sociodemográficas con la percepción del estado de salud de los líderes religiosos?

Objetivos de la investigación

Los objetivos de la investigación determinan el producto que se piensa conseguir con el estudio, permitiendo establecer anticipadamente el tipo de descripción, relación y/o explicación que se intenta lograr como producto del trabajo.³² Señalan a lo que se aspira en la investigación. Deben ser claros, específicos, medibles, apropiados y realistas, es decir, susceptibles de lograrse. Son redactados con un verbo en infinitivo.³³

³²María de la Luz Balderas, *Administración de los servicios de enfermería* (México D.F.: McGraw-Hill Interamericana, 2005), 305.

³³Roberto Hernández, Carlos Fernández y Pilar Baptista, *Metodología de la*

Objetivo general

El objetivo general señala directamente el nivel de conocimiento que se desea obtener sobre las variables del estudio. El objetivo del presente estudio es:

Determinar la relación de las características sociodemográficas con el nivel de estilo de vida y la percepción del estado de salud, en líderes religiosos, Lima, 2015.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos señalan las metas parciales que se deben cumplir para lograr el objetivo general. El logro de cada uno de estos objetivos permite alcanzar el objetivo general de la investigación. Cada objetivo específico incluye un solo logro.³⁴

En la presente investigación se plantea los siguientes objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los líderes religiosos.
2. Describir el nivel de estilo de vida y el nivel de estado de salud de los líderes religiosos.
3. Describir la distribución de las características sociodemográficas respecto al nivel del estilo de vida y nivel de percepción del estado de salud los líderes religiosos.
4. Determinar la relación de las características sociodemográficas con el estilo de vida de los líderes religiosos.
5. Determinar la relación de las características sociodemográficas con la percepción del estado de salud de los líderes religiosos.

investigación, 6ta. ed. (México D. F.: McGraw Hill. Interamericana, 2014), 37.

³⁴Lerma, 44.

Hipótesis de la investigación

Las hipótesis³⁵ “son explicaciones tentativas del asunto investigado, indican lo que se procura comprobar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado. Se derivan de la teoría existente y deben formularse a manera de proposiciones. De hecho, son respuestas provisionales a las preguntas de investigación”.³⁶ Previamente a ello, el investigador realizó una revisión de la literatura existente sobre estudios realizados con anterioridad sobre el objeto de estudio. Primero, se formula la hipótesis de investigación o alterna (Hi), luego la hipótesis nula (Ho). Esto se aplica tanto para la hipótesis general como para las hipótesis específicas.

Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa de las características sociodemográficas con el estilo de vida y la percepción del estado de salud, en los líderes religiosos de Lima, 2015.

Ho: No existe relación significativa de las características sociodemográficas con el estilo de vida y la percepción del estado de salud, en líderes religiosos de Lima, 2015.³⁷

Hipótesis específicas

H₁: Existe relación significativa entre las características sociodemográficas y el estilo de vida de los líderes religiosos.

³⁵El término **hipótesis** proviene del verbo griego *hypotithenai*, que significa “suponer” o “colocar por debajo”. Hernández, Fernández y Baptista, 104.

³⁶Ibíd.

³⁷La *hipótesis nula* (Ho) es una declaración contraria a la hipótesis de investigación; sirve para refutar o negar lo que afirma la hipótesis de investigación. La importancia de la hipótesis nula consiste en que es de directa comprobación, es decir, se acepta o rechaza según el resultado de la prueba realizada. Hernández, Fernández y Baptista, 114.

Ho₁: No existe relación entre las características sociodemográficas y el estilo de vida de los líderes religiosos.

H₂: Existe relación significativa entre las características sociodemográficas y la percepción del estado de salud de los líderes religiosos.

Ho₂: No existe relación entre las características sociodemográficas y la percepción del estado de salud de los líderes religiosos.

Justificación de la investigación

La justificación de la investigación indica el por qué y para qué de la investigación, exponiendo sus razones. Por medio de la justificación se debe demostrar que el estudio es necesario e importante.³⁸

Esta investigación se justifica por las siguientes razones:

Conveniencia. Servirá como material práctico de consulta metodológica en investigación, como también en lo que respecta al objeto de estudio.

Relevancia social. La trascendencia que tiene el abordaje de esta temática para el liderazgo eclesiástico y por las implicancias que ellas tienen, dentro del plan estratégico del trabajo pastoral, confirman el valor de esta investigación. Con los resultados obtenidos, los líderes religiosos podrán implementar programas que contribuyan al mejoramiento del estilo de vida y, como consecuencia, del estado de salud de la población o grupo social.

Implicancia práctica. Con la ayuda de este material, las personas podrán desarrollar un programa personal o familiar de cambio conductual en salud.

Valor teórico. Hasta donde se revisó la literatura, no se encontró un estudio

³⁸Hernández, Fernández y Baptista, 40.

similar que aborde el tema de las características sociodemográficas, relacionadas al estilo de vida y a la percepción del estado de salud.

Utilidad metodológica. Quien desee investigar sobre estas variables, encontrará en este estudio, dos instrumentos validados, listos para ser adecuados y aplicados.

Delimitaciones

Delimitar una investigación significa especificarlo, definiendo su alcance teórico-práctico, haciéndolo más preciso y concreto para su desarrollo.³⁹ A continuación, se presentan las delimitaciones del presente trabajo:

Las características sociodemográficas que serán analizadas solo son aquellas consideradas como cualitativas, dentro de los cuales están: sexo, estado civil, región de procedencia, nivel educativo, institución donde labora y área de desempeño profesional.

El constructo estilo de vida aborda solo siete dimensiones del mismo: actividad física, recreación, autocuidado, hábitos alimenticios, confianza en Dios, relaciones interpersonales y bienestar psicológico. El constructo percepción del estado de salud solo considera ocho aspectos fundamentales: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

El nivel de confianza, con el que se trabaja en esta investigación, es del 95 %, es decir, se contempla un margen de error máximo de 5% ($\alpha = 0.05$).

La población objetivo del estudio está compuesta solo por líderes religiosos que sirven en las instituciones denominadas como: APCE, APC, UPeU, y MICOP cuyas sedes administrativas se encuentran en la ciudad de Lima Metropolitana.

³⁹Pineda, Alvarado y Canales, 41.

Limitaciones

Las limitaciones se refieren a las restricciones propias del problema a investigar, en las que se identifican las posibles debilidades del estudio. “Son factores externos al investigador que se convierten en obstáculos que eventualmente pudieran presentarse durante el desarrollo del estudio y que escapan al control del investigador mismo”.⁴⁰

A continuación, se presenta las limitaciones del presente estudio:

Por tratarse de un trabajo que involucra componentes personales subjetivos, puede haber reservas de los encuestados en cuanto a manifestar con fidelidad la información.

Por el tamaño de la muestra y la selección no aleatoria de la misma, no se podrá generalizar los resultados fuera del ámbito en el que realiza el estudio.

Por el diseño del estudio no experimental, no se podrá establecer relaciones de causalidad, tan solo se establecerá relaciones entre las variables estudiadas.

Presuposiciones

Todo estudio tiene presuposiciones y el lector debe saber cuáles son. Las presuposiciones son aspectos propios de la cosmovisión del autor, las mismas que no necesitan ser comprobadas por el investigador; incluyen asuntos considerados como un asunto que el lector ya conoce y que no merece ni necesita mayor explicación.⁴¹

El autor considera que la Biblia es Palabra inspirada por Dios (2 Ti 3:15-17), y considerada como regla de fe y práctica para los cristianos, la cual contiene principios rectores para un estilo de vida saludable y una vida de calidad.

⁴⁰Roberto Ávila, *Guía para elaborar la tesis: metodología de la investigación; cómo elaborar la tesis y/o investigación* (Lima: Ediciones R.A., 2001), 87.

⁴¹Nancy Vyhmeister, *Manual de investigación teológica* (Miami, Florida: Editorial Vida, 2009), 14.

Reconoce que Elena G. de White es la mensajera de Dios para los tiempos finales de la historia del mundo, cuyo don profético está sólidamente fundamentado en la Biblia (Ap 12: 17; 19:10, 22:9). Además, constituye una de las características distintivas de la iglesia remanente de Dios para el tiempo del fin. Sus escritos son fuente autorizada de verdad y proporcionan consuelo, guía, instrucción y corrección a la iglesia.⁴²

Que los participantes del estudio, por tener una cosmovisión homogénea, comparten una serie prácticas de estilo de vida saludables fundamentados en la Biblia, en los escritos de Elena G. de White y en la investigación científica.

⁴²Iglesia Adventista de Séptimo Día, Asociación General, *Manual de iglesia* (Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 2011), 162.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico¹ desarrolla los siguientes tópicos: 1) marco bíblico teológico del estilo de vida y estado de salud, 2) fundamento teórico de las variables y 3) definición de los términos.

Marco bíblico teológico de estilo de vida y estado de salud

La Biblia afirma que el hombre fue creado “a imagen de Dios” (Gn 1:26)² y, como tal, se le dio el encargo ejercer dominio sobre toda la tierra (Gn 1:28). Ello no significa que el hombre tiene libertad para explotar y abusar de la creación como le plazca, sino, participar junto con el Creador, en la protección y sustentación de la misma, puesto que es el único ser sobre la tierra hecho a imagen y semejanza de Dios (Gn 1:27). Esta gracia involucraba el reconocimiento de Dios como dueño de todo (Sal 24:2, 2) y la tarea de preservar el mundo incluyendo su propia vida, siguiendo con lealtad la

¹El *marco teórico* consiste en respaldar bibliográficamente el estudio luego de haber planteado el problema de investigación. Esta sección constituye “un proceso y un producto. Un proceso de inmersión en el conocimiento existente y disponible vinculado al planteamiento del problema, y un producto (marco teórico) que a su vez es parte de un producto mayor: El reporte de investigación. “Un buen marco teórico no es aquel que contiene muchas páginas, sino el que trata con profundidad únicamente los aspectos relacionados con las variables del problema en estudio y que vincula, de manera lógica y coherente, con los conceptos y las proposiciones existentes en estudios anteriores”. Hernández, Fernández y Baptista, 60.

²En esta investigación, los pasajes bíblicos son tomados de la *Versión Reina-Valera 1960*; renovado en 1986, perteneciente a las Sociedades Bíblicas Unidas.

ordenanza divina (Ex 15:26) para la gloria de Dios: “Todos los llamados de mi nombre; para gloria mía los he creado, los formé y los hice” (Is 43:7). Reforzando este pensamiento, Elena G. de White expresa:

Dios hizo al hombre perfectamente santo y feliz; y la hermosa tierra no tenía, al salir de la mano del Creador, mancha de decadencia, ni sombra de maldición. La transgresión de la ley de Dios, de la ley de amor, fue lo que trajo consigo dolor y muerte. Sin embargo, en medio del sufrimiento resultado del pecado se manifiesta el amor de Dios. Está escrito que Dios maldijo la tierra por causa del hombre.³

Esta declaración es corroborada por el escritor del Génesis, cuando afirma: “Y vio Dios todo cuanto había hecho, y he aquí que era bueno en gran manera. Y fue la tarde y la mañana el día sexto” (Gn 1:31), indicando con ello la perfecta e inmejorable obra de Dios, reflejada en cada detalle de su creación.

Estilo de vida y salud en la Biblia

Desde el comienzo de la vida en esta tierra, Dios estableció leyes y principios explícitos para mantener la salud de sus criaturas; estas reglas señalan la práctica de una serie de hábitos de vida saludables y el cuidado del medio ambiente. Del cumplimiento de estos principios dependería su salud. Moisés, luego de atravesar el mar Rojo, al inicio de la caminata hacia la Canaán terrenal, le recordó al pueblo:

Y dijo: Si oyeres atentamente la voz de Jehová tu Dios, e hicieres lo recto delante de sus ojos, y dieres oído a sus mandamientos, y guardares todos sus estatutos, ninguna enfermedad de las que envié a los egipcios te enviaré a ti; porque yo soy Jehová tu sanador (Ex 15:26).

La Biblia, en este y otros pasajes, deja sólidamente establecido que la salud está ligada estrechamente con la obediencia a los mandamientos de Dios.

³Elena G. de White, *El camino a Cristo* (Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1985), 1.

Entre los hábitos de estilo de vida saludables estipulados en la Biblia, están los siguientes:

Actividad física

El hombre fue creado en su totalidad para el ejercicio físico, cada célula de su cuerpo vive debido al movimiento que esta realiza. La Biblia subraya este hecho con la siguiente declaración: “Tomó, pues, Jehová Dios al hombre, y lo puso en el huerto de Edén, para que lo labrara y lo guardase” (Gn 2:15). Es decir, mediante el trabajo manual de la jardinería, Adán cuidaba la creación de Dios, al mismo tiempo que protegía y renovaba su propio cuerpo. Sin embargo, las cosas no continuaron así, el pecado trajo como resultado, un cúmulo de enfermedades, dolor y finalmente la muerte (Gn 3:19).

Siendo que el pecado afectó la creación de manera irreversible; Dios tuvo la urgente necesidad de hacer cambios en la naturaleza, como en el ser humano:

Maldita será la tierra por tu causa; con dolor comerás de ella todos los días de tu vida. Espinos y cardos te producirá, y comerás plantas del campo. Con el sudor de tu rostro comerás el pan hasta que vuelvas a la tierra, porque de ella fuiste tomado; pues polvo eres, y al polvo volverás (Gn 3:17-19).

El ejercicio físico que antes solo le era placentero y renovador, ahora resultaría difícil y doloroso, porque tenía que “esforzarse” y “sudar”. Sin embargo, a pesar de este cambio, el ejercicio físico continuaría cumpliendo con la función de renovar y mantener la salud del ser humano. En el “sudor” habría un sinnúmero de beneficios, pues a través de este la piel elimina desechos y toxinas acumulados en las primeras capas de la piel, tales como el arsénico, cadmio, plomo y mercurio.

Dieta saludable

La alimentación original para el ser humano, debía provenir estrictamente de los frutos vegetales, granos y nueces (Gn 1:29). Solo cuando adán y Eva abandonaron el huerto del Edén, el Señor añadió las “plantas silvestres” (Gn 3:18) y las raíces a su alimentación diaria.⁴

Más adelante, después del diluvio y debido a la pérdida completa de la vegetación, una dieta basada solo en productos vegetales era imposible para Noé y su familia. Con el fin de proveerle una fuente de alimentos consistentes, Dios permitió al hombre comer carne (Gn 9:3), dejando claro las pautas para seleccionar los animales que se deberían consumir. La Biblia se refiere a ellos como “animales limpios”.

Hablad a los hijos de Israel y decidles: Estos son los animales que comeréis de entre todos los animales que hay sobre la tierra. De entre los animales, todo el que tiene pezuña hendida y que rumia, éste comeréis (Lv 11: 2,3). Nada abominable comerás. Estos son los animales que podréis comer: el buey, la oveja, la cabra, el ciervo, la gacela, el corzo, la cabra montés, el íbice, el antílope y el carnero montés. También podréis comer todo animal de pezuñas partidas, o sea, hendida en dos mitades, y que rumia. Pero estos no comeréis entre los que rumian o entre los que tienen la pezuña hendida: el camello, la liebre y el conejo, porque rumian, pero no tienen la pezuña hendida; os serán inmundos. Tampoco el cerdo, porque tiene la pezuña hendida, pero no rumia; os será inmundo. De la carne de estos no comeréis, ni tocaréis sus cuerpos muertos (Dt 14:3-8).

Pese a que en el período posdiluvial era necesario comer carne, este acto no era del todo inofensivo, pues contribuyó enormemente a la disminución de la longevidad. Antes del diluvio el promedio de vida de los seres humanos era de 912 años (Gn 5); después del diluvio, el hijo de Noé, Sem, vivió hasta los 600 años. Únicamente nueve generaciones después, Abraham vivió tan solo hasta los 175 años.

⁴Pablo Perla, ed., *Salud y esperanza, claves para enriquecer su vida* (Miami, FL.: Inter-american Division Publishing Association, 2014), 26.

Descanso adecuado

Dios completó la creación de esta tierra en seis días literales con la creación del séptimo día, sábado, en el cual el Señor descansó, lo bendijo y santificó (Gn 2:1-3). Luego el descanso semanal, sábado, es ratificado durante el éxodo por Dios mismo (Ex 20:8-11). Así, el descanso sabático tiene el propósito de recordarle al hombre su condición de criatura y, además, le daría la oportunidad de abandonar el trabajo rutinario y cansador, para dedicarse íntegramente a la comunión gozosa con su Creador (Is 58:13,14).

Asimismo, junto con la creación del descanso semanal (Gn 2:1-3), está la creación del descanso diario, el sueño: “Entonces Jehová Dios hizo caer sueño profundo sobre Adán y, mientras éste dormía, tomó una de sus costillas, y cerró la carne en su lugar. Y de la costilla que Jehová Dios tomó del hombre, hizo una mujer, y la trajo al hombre” (Gn 2:21, 22). Este pasaje es la primera referencia sobre el acto de dormir en la Biblia. Cuando Adán despertó, estaba renovado, revivido y casado. Adán nunca fue el mismo, era como si hubiera recibido una vida nueva.

La realidad es que, aun en el mundo perfecto, Dios ordenó el descanso y que la noche era el mejor momento para dormir. “Y llegó a un cierto lugar, y durmió allí, porque ya el sol se había puesto.... y se acostó en aquel lugar (Gn 28:11).

Agua limpia

La Biblia menciona que, desde el principio, el agua estaba en todas partes; incluso antes de que las plantas, animales o la humanidad experimentara sed, Dios había provisto ya su necesidad creando suficiente agua: “Y salía de Edén un río para regar el huerto, y de allí se repartía en cuatro brazos” (Gn 2:10).

La ciencia ha demostrado los innumerables beneficios del agua utilizada por dentro y fuera del cuerpo. Moisés les dijo a los judíos que se lavaran con agua después de tocar cualquier cosa que no estuviese limpia (Lv 22:6). Cuando la ciencia médica aplicó este sencillo precepto, se redujo en un 75% las muertes por infecciones hospitalarias. Lavarse el cuerpo todos los días y el lavarse las manos, frecuentemente, puede ayudar a prevenir una serie de enfermedades infecciosas y crónicas.

Refiriéndose al agua, Jesús respondió: “Cualquiera que bebiere de esta agua, volverá a tener sed; mas el que bebiere del agua que yo le daré, no tendrá sed jamás; sino que el agua que yo le daré será en él una fuente de agua que salte para vida eterna” (Jn 4: 13,14). En el último libro de la Biblia, Jesucristo hace una invitación final: “...Y el que tiene sed, venga...y el que quiera, tome del agua de la vida gratuitamente” (Ap 22:17).

Luz solar

La luz es fundamental para la vida: “Y dijo Dios: sea la luz; y fue la luz. Y vio Dios que la luz era buena” (Gn 1:3,4). Tan esencial era la luz que Dios creó el sol en el cuarto día de su creación (Gn 1:14-18) y lo puso en el centro del sistema como fuente constante de energía para sostener toda vida en la tierra.

La energía requerida por las plantas, que fueron creadas en el tercer día (Gn 1:11-13), fue suplida inmediatamente con la creación del sol en el cuarto día. De hecho, la luz solar es el origen de casi todos los eventos naturales ocurridos en la tierra que requieren energía. Sin embargo, aunque Dios dijo que la luz era buena, numerosas personas hoy en día tienen temor de exponerse al sol. La causa de este recelo podría ser una información errónea o exagerada en cuanto a los peligros de la luz solar, mientras tanto las personas se pierden los beneficios saludables y positivos de esta fuente de energía. La Biblia declara:

“Suave ciertamente es la luz, y agradable a los ojos ver el sol” (Ec 11:7). De hecho, todos los beneficios de la luz solar son producidos en el contexto de una conducta temperante, es decir, tomada con moderación.

Aire puro

La Biblia menciona que la creación del hombre se realizó de manera muy singular. El formó a Adán con su propia mano y sopló “aliento de vida” (Gn 2:7) en sus pulmones. Si con el “soplo de vida” comenzó la existencia humana, es razonable pensar que la ausencia de ese “soplo” puede terminar la vida. El aire es el elemento más importante del cuerpo, con cada inhalación los pulmones se llenan de este gas que sostiene la vida.

Se puede percibir, con claridad, la importancia que tiene este vital elemento. El aire que se respira, y cuán bien se lo hace, tiene un impacto tal que puede definir cuánto tiempo una persona puede seguir siendo un ser viviendo: Puede ser un “olor de vida para vida”.... o “muerte para muerte” (2 Co 2:16).

Temperancia

La temperancia o templanza es definida como la abstinencia completa de lo que es perjudicial y el uso moderado de lo que es bueno. Elena G. de White lo corrobora así:

Los principios de la templanza deben llevarse más allá del mero consumo de bebidas alcohólicas. El uso de alimentos estimulantes indigestos es a menudo igualmente perjudicial para la salud y, en muchos casos, siembra las semillas de la embriaguez. La verdadera temperancia nos enseña a abstenernos por completo de todo lo perjudicial, y a usar cuerdamente lo que es saludable. Pocos son los que comprenden debidamente la influencia que sus hábitos relativos a la alimentación ejercen sobre su salud, su carácter, su utilidad en el mundo y su destino eterno... El cuerpo debe servir a la mente, y no la mente al cuerpo.⁵

⁵Elena G. de White, *La temperancia* (Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1978), 122.

En este sentido, cuando Dios crea al hombre le da la libertad de comer del árbol de la vida y de casi todas las frutas del Jardín: “Y mandó Jehová Dios al hombre, diciendo: De todo árbol del huerto podrás comer” (Gn 2:16); sin embargo, le advierte: “mas del árbol de la ciencia del bien y del mal no comerás; porque el día que de él comieres, ciertamente morirás” (Gn 2:17).

El pecado de Adán y Eva no fue solo por el hecho de comer del árbol prohibido, sino por la decisión de rebelarse deliberadamente contra de la instrucción de Dios. Este hecho afectó su capacidad de tomar decisiones y de discriminar entre lo bueno y lo malo (Ro 7:17-24). De allí en adelante, se instala en el hombre la lucha entre la temperancia y la intemperancia, es decir, hacer su propia voluntad o decidir hacer la voluntad de Dios.

Confianza en Dios

Los beneficios de la confianza en Dios en la recuperación y tratamiento de diversas enfermedades, incluyendo el cáncer,⁶ han sido corroborados por diversos estudios. Este hecho explica el por qué Jesús a menudo decía a los que sanaba: “Hija, tu fe te ha hecho salva; ve en paz, y queda sana de tu azote” (Mc 5:34),

Otro caso conocido, de una fe que sana, es la curación del ciego Bartimeo, quien ante la pregunta de Jesús: “¿Qué quieres que te haga?” (Mc 10:51), él responde: “Maestro, que recobre la vista. Y Jesús le dijo: Vete tu fe te ha salvado. Y en seguida recobró la vista, y seguía a Jesús en el camino” (Mc 10:51,52). También dijo a dos ciegos que recibieron la vista: “Conforme a vuestra fe os sea hecho” (Mt 9:29).

⁶Joelma Espíndula, Elizabeth Martins Do Valle, Ángela Ales Bello, “Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud”, *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18, no 6 (2010): 08, http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_25.pdf (consultado: 02 de abril, 2017).

El hecho de que la confianza que deposita una persona en su médico juega un papel transcendental en la recuperación de su salud; cuanto más si cree en el poder de Dios, quien actúa mediante la fe, para producir bienestar físico, mental y espiritual en las personas. “Jesús le dijo: Si puedes creer, al que cree todo le es posible (Mc 9:23).

En consecuencia, fe es confiar en que lo que Dios dice es verdad y caminar en obediencia a ello. La Biblia dice: “Hijo mío, no te olvides de mí ley, y tu corazón guarde mis mandamientos; porque largura de días y años de vida y paz te aumentarán. Nunca se aparten de ti la misericordia y la verdad; átalas a tu cuello, escríbelas en la tabla de tu corazón” (Pr 3:1-3).

Reglas de salud en la Biblia

La Biblia también señala una serie de reglas para favorecer un estilo de vida saludable y, por ende, un mejor estado de salud. Se mencionan a continuación algunas de estas normas encontradas en pasajes del AT y NT:

1. Alimentarse en base a “maná” y abundante agua (Ex 16, 17).
2. No consumir nada de sangre ni grasa animal (Lv 3:17; 7:22-27; 17:10-14).
3. Abstenerse completamente de ingerir bebidas alcohólicas (Pr 20:1).
4. Procesar adecuadamente cada parte del animal sacrificado (Lv 4:11,12).
5. Enterrar los excrementos humanos (Dt 23:13-15).
6. Higiene personal y lavado de la ropa (Ex 19:10; Lv 15).
7. Cuarentena para los que habían tenido enfermedades infecciosas (Lv 13,14).
8. Esterilización del botín de guerra obtenido de otras naciones (Nm 31:21-24).
9. Dios hizo claro que el esposo y la esposa no debían cometer adulterio (Gn 2:24; Ex 20:14; Lv 18:1-22; 20:10-21).

10. Las relaciones sexuales con animales estaban prohibidas (Ex 22:19; Lv 18:23; 20:15,16). Este mandamiento sería una fortaleza para proteger la unión matrimonial, además, evitaría cualquier amenaza de enfermedades de transmisión sexual.

11. En el Nuevo Testamento se advierte sobre el cuidado del cuerpo, por ser este el templo del Espíritu Santo (1Co 3:16, 17; 6:19, 20).

12. Se establece el principio fundamental para mantener una correcta relación con Dios y, por ende, un estado de salud para la “gloria de Dios” (1Co 10:31).

13. Jesucristo manifestó enfáticamente que su venida era para que el ser humano tuviera vida en abundancia (Jn 10:10).

14. En cuanto al valor de tener una buena salud, Elena G. de White declara:

La salud es un gran tesoro. Es la posesión más espléndida que pueden tener los mortales. Las riquezas, el honor y la cultura resultan demasiado caras si se adquieren al costo de la pérdida del vigor y de la salud. La salud es una bendición inestimable, que está más íntimamente relacionada con la conciencia y la religión de lo que muchos se dan cuenta y debe ser guardada en forma tan sagrada como el carácter.⁷

La misma escritora destaca sobre los principales hábitos de estilo de vida que promueven un buen estado de salud:

El aire puro, el sol, la abstinencia, el descanso, el ejercicio, un régimen alimenticio conveniente, el agua y la confianza en el poder divino son los verdaderos remedios. Todos debieran conocer los agentes que la naturaleza provee como remedios, y saber aplicarlos...el empleo de los remedios naturales requiere más cuidados y esfuerzos de lo que muchos quieren prestar... El renunciar a la satisfacción dañina de los apetitos impone sacrificios. Pero al fin se verá que, si no se le pone trabas, la naturaleza desempeña su obra con acierto y los que perseveren en la obediencia en sus leyes encontrarán recompensa en la salud del cuerpo y del espíritu.⁸

⁷Elena G. de White, *Consejos para los maestros, padres y alumnos acerca de la educación cristiana* (Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1984), 280.

⁸Elena G. de White, *El ministerio de curación* (Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1978), 89.

Estos principios se conocen como el “Mensaje de Reforma pro Salud” que es parte del mensaje del tercer ángel.⁹ Si el ser humano quiere tener de una buena salud, no basta en conocer estos principios, sino cumplirlos a cabalidad, como quien dará cuenta de su administración ante el Creador (Lc 16:1,2). César Gálvez declara:

El mensaje de salud de la Iglesia Adventista, basado en las Sagradas Escrituras y en los escritos de Elena G. de White, promueve un estilo de vida saludable destinado a aumentar y mejorar la cantidad y calidad de vida de las personas y comunidades. Es un mensaje con contenido y propósito positivos. La investigación científica actual corrobora cada vez más la veracidad de este mensaje. Y los aportes de la investigación en salud pública, particularmente de la educación en salud, contribuyen a hacerlo más relevante y aplicable a la vida de las personas y comunidades. Es un mensaje actual y eficaz.¹⁰

Fundamento teórico del estilo de vida y el estado de salud

Marco global de los problemas de estilo de vida y salud

Los patrones epidemiológicos de salud, a nivel mundial, se han transformado rápidamente en estas últimas décadas, debido a los cambios en los estilos de vida y el medio ambiente, los cuales de hecho afectan el estado de salud de las personas. Hoy se tienen nuevos actores, nuevos debates y, sobre todo, nuevos desafíos. Los cambios han sido tan rápidos y espectaculares, que el propio término de "salud internacional" empieza a ser sustituido por el de "salud global".¹¹

Este escenario es mejor comprendido, cuando se considera la existencia de tres

⁹Elena G. de White, *Consejos sobre régimen alimenticio* (Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1974), 39.

¹⁰Cesar Gálvez, *Poder para cambiar los hábitos de manera feliz y para siempre* (Lima: Editorial Imprenta Unión, 2002), 7.

¹¹Julio Frenk y Octavio Gómez-Dantés, “La globalización y la nueva salud pública”, *Salud Pública de México* 49, no. 2 (2007): 157.

tendencias que influyen significativamente en el estado de salud de las personas y, por ende, de las poblaciones: 1) la creciente transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud; 2) el mayor pluralismo en el campo de la salud internacional, con una acelerada multiplicación del número de actores, y 3) el papel cada vez más crítico de la salud dentro de la agenda del desarrollo económico, la seguridad global y la democracia. La desaparición de las fronteras de salud conlleva a la propagación de enfermedades infecciosas y un alarmante incremento de ENT o también llamadas enfermedades del estilo de vida.¹²

Por su lado, Edmundo Granda, distinguido médico y filósofo de la salud pública, manifiesta que se está viviendo un momento especial de cambios en todos los aspectos de la vida social, los mismos que impactan profundamente en la salud de las personas. Remarca que debido al “éxito” de la medicina clínica, sobre el tratamiento de la enfermedad individual, a principios del siglo XX se consideró que era posible construir una “Enfermología Social” llamada Salud Pública, con el propósito de solucionar las enfermedades colectivas. El Dr. Granda planteó que la Salud Pública no debía encargarse del tratamiento del cuerpo enfermo, ya que esto corresponde a la Medicina Clínica, sino que debe ocuparse de las “causas” o “factores” que se encuentran “fuera” de la “máquina corporal”.¹³

De este modo, la Salud Pública puede “salirse” de lo estrictamente clínico y encontrar las causas en los factores determinantes y condicionantes de salud que originan

¹²Frenk y Gómez-Dantés., 157.

¹³Edmundo Granda, “¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?”. Universidad Nacional de Loja. OPS. *Revista Cubana Salud Pública* 30, n°. 2 (2004), http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm# cargo (consultado: 9 de marzo, 2015).

dolencias y muerte en todo el mundo, entre las que se destaca el estilo de vida.¹⁴

Estilo de vida

La palabra “estilo” significa “modo, manera, forma de comportamiento; uso, práctica, moda, costumbre”,¹⁵ “forma de hacer algo; carácter propio de algo”.¹⁶ Mientras que el término “vida” se refiere a la “fuerza o actividad interna”,¹⁷ o también llamada “fuerza o actividad individual por la que un ser que ha nacido crece, se reproduce y muere. También puede referirse, a la existencia de seres, período de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la muerte; duración de las cosas; modo de vivir, o a un conjunto de características de la existencia de una persona”.¹⁸

Desde la cosmovisión cristiana, la vida es un don de Dios que no es un mérito, no es una adquisición, simplemente se la recibe (Gn 2:7); sin embargo, el ser humano es responsable de ella, manteniéndola en condiciones óptimas de salud (3 Jn 2), pues de ella dará cuenta (1 Co 3:16, 17). La mejor vida es la que Dios da mediante la aceptación a Cristo como Salvador personal (Jn 10:10).

¹⁴Granda, “¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?”.

¹⁵Real Academia Española, “Estilo”, *Diccionario de lengua española – vigésima segunda edición*, http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=estilo (consultado: 05 de junio, 2016).

¹⁶Diccionarios S. M., “Vida”, <http://clave.librosvivos.net/verficha.asp?idelementoaver=16535&cadena=estilo> (consultado: 15 de junio, 2015).

¹⁷Real Academia Española, “Vida”, *Diccionario de lengua española – vigésima segunda edición*, http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=vida (consultado: 5 de junio, 2016).

¹⁸ Diccionarios S. M., “Vida”, <http://clave.librosvivos.net/verficha.asp?idelementoaver=39878&cadena=vida> (consultado: 15 de junio, 2008).

En cuanto al constructo “estilo de vida” o “forma de vida” son términos que se utilizan con frecuencia para designar la manera o el modo en que una persona comprende la vida, la cual a su vez está fuertemente impregnada de su ideología, cultura, cosmovisión, etc. Sin embargo, existen diversas concepciones de la misma, debido a las distintas disciplinas que la utilizan.

En el campo de la salud, Jiménez la define como “Un conjunto de comportamientos que contribuyen al mantenimiento de la salud y alejar el riesgo de morir, o aquellas conductas que dañan la salud y aceleran la muerte”.¹⁹

La epidemiología tradicional define “estilo de vida” como “Conjunto de hábitos de comportamiento y modos de vivir de relevante significado para la salud. Conductas personales medibles discretamente, sean de naturaleza biológica o química”.²⁰

Por su lado, la OMS define “estilo de vida” como “forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida, en un sentido amplio, y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y personales”.²¹

Roberto del Águila, consultor de la OPS/OMS, define estilo de vida como:

Aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Este concepto es considerado dentro del proceso salud-enfermedad de Lalonde y Laframboise, junto con la biología humana, el medio ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes (o determinantes) para producir salud o enfermedad en la población.²²

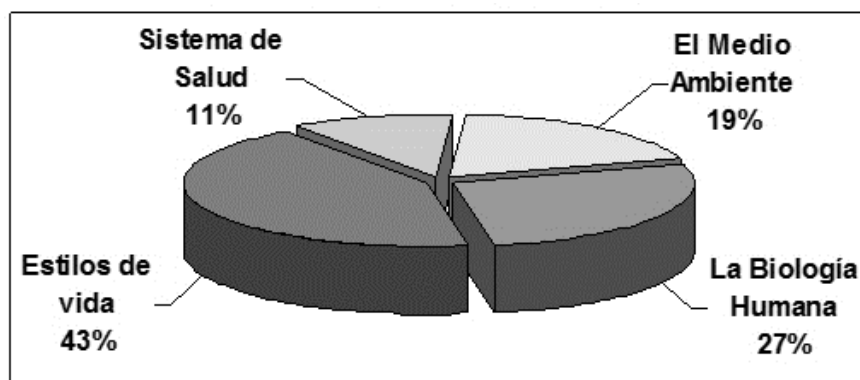
¹⁹Jiménez, *Revista médica de Chile*, 575.

²⁰Ibíd.

²¹World Health Organization, “Life-Styles and Health. Social Science & Medicine”, no. 22 (1986): 117-124.

²²Roberto del Águila, *Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor*, <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111> (consultado: 21 de agosto de 2016).

Figura 2. Determinantes de la salud, según Marc Lalonde (1974)²³



Fuente: Lalonde, M. *A New perspective on the Health of Canadians*.

En general, el “estilo de vida” comprende dos componentes: uno personal y otro psicosocial. Nancy Milio es la que mejor integra estos dos componentes: “Estilo de vida es el conjunto de patrones de conducta, escogidos a partir de las alternativas que están disponibles a las personas, de acuerdo a sus circunstancias socioeconómicas y las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre distintas opciones”.²⁴

Esta definición fue escogida por la OMS para guiar sus programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles del adulto (ECNTA).²⁵

Tipologías de conducta en salud y estilo de vida

Desde la conceptualización de conducta en salud, el estilo de vida podrá ser explicado de acuerdo a seis tipologías de conducta en salud desarrollados por Kolbe:²⁶

²³Piédrola Gil, *Medicina preventiva y salud pública* (Barcelona: Elsevier, 2003), 222-223.

²⁴Nancy Milio, *Promoting Health through Public Policy* (Philadelphia: F. A. Davis Company, 1981), 359.

²⁵WHO., *Regional Office for Europe. Life-Styles and health Education Unit: Copenhagen*, 1986, citado por: Jiménez, 575, 576.

²⁶L. Kolbe., *Improving the health status of children*. En G. Campbell (Ed). *Health education and youth: A Review of research a development* (Philadelphia: Falmer

Primera tipología, “rol de estar enfermo”. Según esta tipología, las personas solo se preocupan de su salud cuando hay dolor. Para ellos estar enfermo es un asunto de estatus y privilegio. El médico tiene que ir a su casa. Lo más valioso de la familia es atender al enfermo y hablar de la enfermedad. Ellos dicen: “Necesito ser bien tratado porque estoy enfermo”. Cuando se siente mejor, no toma más remedios y no cambia sus malos hábitos. No cree en la medicina preventiva.

Segunda tipología, “rol de la salud perdida”. En esta tipología, la persona se preocupa de la salud cuando la pierde y busca por sí sola una solución a su problema de salud. Da más énfasis al tratamiento que a lo que necesita hacer para curarse. No se preocupa del tabaco, sino cuando comienza a toser. Luego, busca al médico para un tratamiento adecuado. Se curó y listo. Tampoco busca una medicina preventiva.

Tercera tipología, “rol de estar en riesgo”. El estilo de vida de la persona está basado en controlar los factores amenazantes. Siente que necesita hacer un chequeo completo porque la madre o el padre sufrieron un problema de ese tipo. Necesita ir al médico para ver cómo está su estómago, pero come todo lo que quiere. Si puede, hace un curso de medicina preventiva.

Cuarta tipología, “rol de la salud preventiva”. La prioridad de la persona es mantener su salud. Se hace un chequeo médico con una actitud preventiva. No quiere que la enfermedad le interrumpa sus planes futuros. Prefiere gastar en prevención, que sufrir con alguna enfermedad; por ello participa de cuanto curso o seminario de salud exista.

Quinta tipología, “rol del bienestar”. Quienes están en este nivel son personas que dicen: “Mi mayor deseo es disfrutar de la vida”, por ello practican todo lo que les permite

Press, 1984). Citado por Jiménez, 277.

vivir con salud. Si leen y encuentran que ser vegetariano es mejor, ellos adoptarán el vegetarianismo. Este tipo de personas saben de salud, tanto como los médicos. No dudan en cambiar un mal hábito si es para prolongar la vida y vivir con calidad. Usan fármacos solamente en último caso. Prefieren usar suplementos naturales, hacer controles de estrés y tomar algunos cuidados personales.

Sexta tipología “rol vital trascendente”. En este nivel, el individuo ve que la salud y el bienestar auténticos y duraderos, solamente son posibles en una dimensión espiritual. El individuo prácticamente no se preocupa de la salud; privilegia mucho más su relación con Dios. La salud es considerada una de las muchas consecuencias del estilo de vida, no el objetivo principal. Deja los hábitos dañinos por gratitud a Dios. Si es necesario usa la medicina, sin embargo, pide a Dios que guíe a los médicos para que sean instrumentos en Sus manos.

Macroescenarios para la promoción del estilo de vida

La promoción de estilos de vida saludables requiere de acciones a diversos niveles. A nivel individual, desde la infancia hasta la senectud; a nivel familiar, desde la formación de la pareja hasta la etapa del nido vacío; y a nivel macroambiente, en sus regulaciones sociopolítico-económico-ecológica. Por ello, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de ECNTA requieren de estrategias que integren, además de las ciencias de la salud, las ciencias sociales y las ciencias de la conducta. Todo ello apoyados de una voluntad política que comprometa al sistema de salud y a las autoridades del gobierno.²⁷

²⁷Jiménez, 575.

Los principales elementos de un macroescenario de salud serían: la prioridad que la sociedad asigna a lo curativo y preventivo en la mejoría de los problemas de salud, la jerarquía de las soluciones tecnológicas y remediales de las dolencias personales, la definición de salud y el rol asignado al autocuidado.

Los principales macroescenarios en salud son: 1) tradicional folclórico, 2) médico-tecnológico y 3) ecológico.²⁸

Macroescenario tradicional folclórico. En este macroescenario el control de las ECNTA y la promoción de estilos de vida saludables son difíciles, la prevención no es prioritaria, el cambio de conducta y el autocuidado no tienen importancia.

Macroescenario médico-tecnológico. Aquí lo más importante es lo curativo, involucra una serie de terapias y paliativos farmacológicos e instrumentales, donde los pacientes participan confiadamente sin asumir un rol activo de autoayuda. En este macroescenario, hasta las conductas no saludables son atendidas como si fueran causas susceptibles de erradicar con medicamentos. Este escenario es costoso y para optimizar los recursos se utiliza programas según un enfoque de riesgos, atendiendo primero a personas que tienen más factores de riesgo, entre ellos a quienes no tienen un estilo de vida saludable.²⁹

Macroescenario ecológico. En este escenario la prioridad es la salud, no como fin sino como medio para tener bienestar completo y desarrollarse dignamente como persona. Aquí el individuo se ocupa de cuidar su salud, decide practicar hábitos

²⁸E. Gutiérrez, J., González, R., Carrasco y D., Sarue, “Antecedentes para la proposición de un modelo de salud emergente”. *Cuad Med Soc*, no. 29 (1988): 139-143.

²⁹Jiménez, 577.

saludables, procura participar de ambientes saludables, pondera el uso de medicamentos en términos de costo/eficacia y riesgos colaterales. Jiménez menciona:

El concepto estilo de vida supera comprensiones puramente biológicas, psicológicas o simplificaciones sociológicas del comportamiento, porque el “bienestar” se relaciona más con una concepción integral de ser persona, en una multidimensionalidad donde a lo corporal, mental y social se unen dimensiones vocacionales, emocionales y espirituales.³⁰

Estos macroescenarios, en resumidas cuentas, señalan que el estilo de vida es un conjunto de conductas relacionadas con la salud, determinado por las decisiones que permanentemente hacen las personas frente a diversos aspectos de su vida, acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida.³¹

De esta manera, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (práctica habitual de actividad física, descanso, alimentación, etc.) que está facilitada o restringida por la situación socioeconómica y las condiciones de vida de las personas.

Por otro lado, debido a la transición epidemiológica, ocurrida en los últimos decenios, en los que las enfermedades agudas fueron sustituidas por las enfermedades crónicas, como principal causa de muerte en la sociedad, ha hecho relevante el estudio del estilo de vida relacionado con el estado de salud.

Determinantes del estilo de vida relacionados con la salud

Tener un estilo de vida saludable implica una buena nutrición, ejercicio físico regular, responsabilizarse por su salud, buenas relaciones interpersonales, desarrollo

³⁰Jiménez, 577.

³¹W.C., Cockerham, “New directions in health lifestyle research”. *International Journal of Public Health* 52, n°. 6 (2007): 327.

espiritual y manejo adecuado del estrés. Lograr un estilo de vida promotor de la salud debe ser la meta de los individuos, dirigida a alcanzar estados de salud positivos.³²

Una serie de estudios mencionan que el estilo de vida es el mayor determinante de la salud. Integra un conjunto de hábitos y conductas que modulan la vida diaria. Disfrutar de ciertos niveles de bienestar, tanto físico como psicológico, es el resultado ineludible de un estilo de vida saludable.

Según Elliot, el estilo de vida relacionado con la salud, posee tres características:³³

1. Naturaleza conductual observable.
2. Conductas persistentes en el tiempo, “hábitos”.
3. Conductas asociadas combinadas de forma consistente.

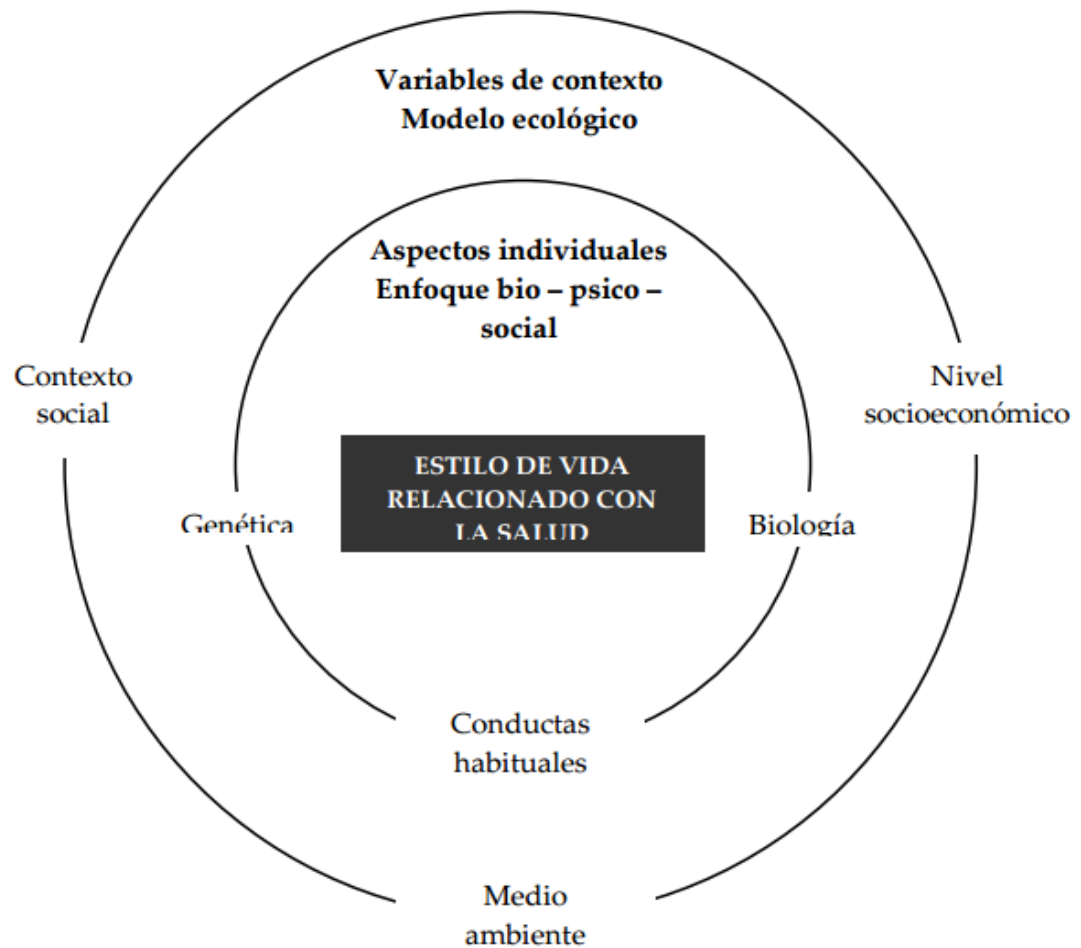
A continuación, se presenta un esquema de los determinantes del estilo de vida relacionados con la salud propuestos por Marc Lalonde, quien fuera un destacado abogado y sirvió como Ministro de Salud y Bienestar Social en su país natal de Canadá.

En la figura 3 se perciben los determinantes del estilo de vida relacionados con la salud, los mismos que destacan dos componentes: El primero recalca los denominados personales, conformados por aspectos biológicos, genéticos y conductuales, así como las características psicológicas individuales. El segundo inicia con los aspectos sociodemográficos y culturales, y desde estos se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico y el medio ambiente.

³²Nola Pender, *El modelo de la promoción de la salud* (Connecticut: Appleton & Lange, 1996), 46.

³³E., Elliot, *Health-enhancing and health-compromising lifestyles*. In: Millstein S., Petersen A., Nightingale E., editors. *Promoting the health of adolescents' New directions for the twenty-first century* (Oxford: Oxford University Press, 1993), 119-45.

Figura 3. Determinantes del estilo de vida relacionados con la salud



Fuente: Lalonde, 1974.³⁴

Hábitos de estilo de vida relacionados con la salud

En esta investigación se evalúan nueve hábitos del estilo de vida relacionados con la Salud (EVS): Actividad física, deporte, recreación, descanso, autocuidado, hábitos alimenticios, confianza en Dios, relaciones interpersonales y bienestar psicológico.

Actividad física

La actividad física (AF) es un determinante fundamental en un EVS, ya que trae

³⁴Marc Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians* (Ottawa, Canada: Information Canada, 1974), 50.

múltiples beneficios para la salud del ser humano. Diversas investigaciones han demostrado los beneficios innumerables que ofrece una actividad física regular; entre estos beneficios están los siguientes:³⁵

1. Controla el peso de manera saludable.
2. Previene el síndrome metabólico.
3. Previene el cáncer.
4. Permite una salud mental más equilibrada y buen humor.
5. Provee huesos más fuertes y menos dolores en las coyunturas.
6. Da mayor energía durante el día.
7. Permite dormir mejor.
8. Mejora la vida sexual.
9. Hace que el ejercicio se vuelva divertido.
10. Permite vivir por más tiempo y con mayor calidad de vida.

También se ha demostrado la relación del sedentarismo con las ECNT como la diabetes tipo 2, la enfermedad cardiovascular (ECV),³⁶ la osteoporosis y algunos tipos de cáncer.³⁷ Esto llevó a que la inactividad física ocupe uno de los 10 primeros puestos a nivel mundial en morbilidad y mortalidad.³⁸ El sedentarismo va aumentando, en gran medida, debido a las facilidades existentes gracias al adelanto científico. La vida moderna ha cambiado el ambiente en el que se desarrolla el ser humano, llevándolo a ser más

³⁵Elmer Huerta, *La salud ¡hecho fácil!* (New York: C.A. PRES, 2012), 21-30.

³⁶F., Lobelo, R., Pate, D., Parra, J., Duperly y M., Pratt, “Carga de mortalidad asociada a la inactividad física en Bogotá”. *Rev salud pública* 8, no. 2 (2006): 28-41.

³⁷S.S., Bassuk y J.E., Manson, “Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease”. *J Appl Physiol* 3, no. 99 (2005): 1193-204.

³⁸G., O'Donovan, A.J., Blazevich, C., Boreham, A.R., Cooper, H., Crank, y U. Ekelund et al., “The ABC of Physical Activity for Health: A consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences”. *J Sport Sci* 6, no. 28 (2010): 573-91.

pasivo y consumista. Se ha establecido la relación entre la disminución de la AF y el aumento de la edad.³⁹

El Dr. Frank Hu, junto a otros médicos de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard, encontraron que las mujeres con diabetes que hacían ejercicio físico tenían un 44% menor riesgo de sufrir un ataque cardíaco, en comparación con sus pares sedentarias.⁴⁰ El estudio también reveló que existe un 26% menos riesgo de padecer diabetes tipo 2 y 40% menos de tener un derrame cerebral para quienes hacían ejercicio físico regular.⁴¹

Deporte

Según la OMS, la actividad deportiva es "toda actividad física, especializada y organizada".⁴² En el V Congreso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria se ha destacado la importancia de la realización de actividades deportivas para el desarrollo físico, psíquico y social. Además, el deporte tiene una gran influencia en la prevención de una serie de enfermedades como la obesidad, la hipertensión y la diabetes.⁴³

Entre los beneficios más conocidos, tocantes a la actividad deportiva, están los

³⁹S.C., Mantilla Toloza, "Actividad física en habitantes de 15 a 49 años de una localidad de Bogotá, Colombia, 2004". *Rev salud pública* 2, no. 8 (2006): 69-80.

⁴⁰Frank Hu, "Physical Activity and Risk for Cardiovascular Events in Diabetic Womens". *Ann Intern Med.* 134, no. 8 (2001): 96-105.

⁴¹Frank Hu, "Walking Compare With Vigorous Physical Activity and Risk of Type 2 Diabetes in Women: A Prospective Study". *Journal of the American Medical Association* no, 282 (1999): 1433-1439.

⁴²Pablo González, "Actividad física y estilos de vida saludable", <http://actividadfisicayestilosvidasaludable.blogspot.pe> (consultado: 17 de noviembre, 2016).

⁴³César Lozano, "Ejercicio físico", <http://primerofamilia.com/ejercicio-fisico/> (consultado:10 de octubre 2016).

siguientes: Mejora la forma y resistencia física, regula la presión arterial, mantiene la densidad ósea, mejora la resistencia a la insulina, ayuda a mantener el peso corporal, aumenta el tono y la fuerza muscular, mejora la flexibilidad y las articulaciones, reduce la fatiga, aumenta la autoestima y mejora la autoimagen, reduce el aislamiento social y el nivel de depresión, rebaja la tensión y el estrés, ayuda a relajarte, aumenta el estado de alerta, produce un menor grado de agresividad, ira y angustia.

Sobre cómo tener éxito en la práctica del ejercicio físico, y lograr que este hábito se mantenga de por vida, Colbert recomienda:⁴⁴

1. *Incluya el ejercicio en su agenda diaria.* No se debe dar tregua a uno mismo, tomarlo como un asunto vital, como si se tratara de acudir a una cita médica.
2. *Escoja un ejercicio que le guste.* El mejor ejercicio es aquel que se adapta a la edad, el estado de salud, el estado físico y gusto de la persona.
3. *Tenga un compañero de ejercicio.* Tener un acompañante hace que el ejercicio sea más agradable y actúa como un reforzador de la conducta.
4. *Escoja un lugar que le guste.* El ejercicio debe ser una experiencia agradable, así como ir de shopping o de paseo al campo o a la playa.
5. *Haga cambios.* Procure que el ejercicio sea divertido; para ello, debe cambiar el tipo, momento y lugar del ejercicio.
6. *Aproveche cada oportunidad para hacer ejercicio.* Use escaleras, estacione la movilidad en un lugar distante, camine a la tienda o paradero del bus.

Recreación

La Real Academia Española define el término *recreación* como “acción y efecto

⁴⁴Colbert, 157, 158.

de recrear” y como “diversión para alivio del trabajo”.⁴⁵ También se encuentra en otros escritos, que *recrear*, significa divertir, alegrar o deleitar.⁴⁶

Siguiendo esta definición, el recrearse debe incluir: alegría, regocijo o el pasarlo bien, con el objetivo de distraerse de las exigencias, especialmente laborales y así conseguir un respiro necesario para soportar nuevamente otra etapa de los compromisos, con energías renovadas, que permitan un mejor resultado. Además, los estudios han demostrado que los niños aprenden mucho más en ambientes relajados, sin presión. Por ello, la recreación es fundamental para el desarrollo intelectual de las personas. A su vez, el recrearse proporciona, en sí, una forma de aprendizaje, a través de experiencias propias y de la relación de la persona con el exterior.⁴⁷

Es importante reconocer que la recreación es voluntaria, ya que cada persona es diferente y, por ende, se recrea como considere necesario. Por ello, también se dice que “las actividades recreativas son tan numerosas, como los intereses de los seres humanos. Algunas de las áreas de la recreación son: el arte, la cultura, la música, la lectura, el servicio a la comunidad, los deportes, los juegos y la vida al aire libre, entre otras”.⁴⁸

Olga Noreña menciona algunos beneficios de la recreación: Mantiene el equilibrio entre la rutina diaria y las actividades placenteras, enriquece la vida de la persona, contribuye a la felicidad humana, contribuye al desarrollo y bienestar físico y mental.

⁴⁵Real Academia Española, “recreación”, <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=recreaci%C3%B3n> (consultado: 17 de noviembre, 2016).

⁴⁶Alex Giraldo Palacio, “Recreación y deporte”, <http://licenciadoalexgiraldo.blogspot.pe/2009/08/definiciones-del-concepto-de-recreacion.html> (consultado: 16 de noviembre, 2016).

⁴⁷Giraldo, “Recreación y deporte”

⁴⁸Ibíd.

Como valor grupal, subordina intereses egoístas, fomenta cualidades cívicas y previene la delincuencia. Es cooperación, lealtad y compañerismo. Educa para el buen uso del tiempo libre.⁴⁹

Descanso

Un aspecto vital en la práctica de un estilo de vida saludable, es tener la cantidad y calidad de sueño. El descanso es el tiempo cuando el cuerpo crece, repara los daños y restaura la energía, alistándolo para otro día de actividad. Cuando el cuerpo no descansa, es incapaz de construir y reparar los tejidos apropiadamente; aumenta la irritabilidad, mientras que la creatividad, la concentración y la eficiencia del cerebro se deteriora.

El trabajo, en la actualidad, parece haber adquirido la característica de ser ejecutado en exceso, ya sea por necesidad, placer o neurosis de compensación. El ser humano es el único que se obliga a trabajar más de lo necesario.⁵⁰

Las consecuencias del exceso de trabajo pueden terminar en fatiga física y mental: *Fatiga física*: movimientos lentos, calambres, hombros caídos, sensación de peso en los brazos y piernas, marcha lenta y penosa (agotamiento), dificultad en la coordinación motora, dolores musculares, falta de apetito, zumbido de los oídos, tics en los ojos, sueño excesivo y náuseas. *Fatiga mental*: sensación de vacío mental, vértigos (mareo o desmayo), incapacidad de concentración, olvidos frecuentes, falta de motivación, impaciencia e intolerancia, etc. Todo esto genera un estado de inestabilidad psíquica con

⁴⁹Olga Patricia Noreña Aristizábal, “Importancia de la recreación en nuestra vida”, <http://www.ucaldas.edu.co/portal/importancia-de-la-recreacion-en-nuestra-vidas/> (consultado: 17 noviembre, 2016).

⁵⁰Daniel Richard Pérez, *Educación para la salud* (Ñaña, Lima: Editorial Imprenta Unión, 2014), 49.

insatisfacción permanente.⁵¹ La ciencia ha corroborado, mediante un sinnúmero de investigaciones, que la falta de sueño es la causa de una serie de enfermedades como las cardiovasculares, el derrame cerebral, la obesidad infantil, los trastornos metabólicos, la depresión y la disminución de la función inmunológica.⁵²

Los expertos afirman que la mayoría de los adultos necesitan entre siete y nueve horas de sueño cada noche para tener un óptimo rendimiento, salud y seguridad. Cuando no dormimos las horas adecuadas acumulamos una deuda de sueño que es difícil recuperar, si se vuelve demasiado grande.⁵³

Entre los beneficios que produce el descanso, están los siguientes: Fortalece el sistema inmunológico, contribuyendo a la protección contra las enfermedades; promueve la eficiencia física y mental, mejorando el rendimiento académico; ayuda a la curación de las heridas, fracturas, dislocaduras, infecciones, estrés, traumas emocionales y, sobre todo, puede prolongar una vida sana y activa. Durante el descanso, el organismo se recupera y elimina los desechos metabólicos, y las glándulas restauran la energía del sistema biológico.

El sueño regula la liberación de importantes hormonas: crecimiento, cortisona, melatonina y leptina que tiene influencia directa sobre apetito y el control de peso. El sueño retrasa el proceso de envejecimiento, y algunos dicen que es uno de los “secretos” para prevenir las arrugas.

⁵¹Daniel Richard Pérez.

⁵²A., Shankar, y K., Syanaka, “Insufficient rest or sleep and its relation to cardiovascular disease, diabetes and obesity in a national, multiethnic sample”, *PLOS One* 11, no. 5 (2010): 1731.

⁵³National Sleep Foundation, “Tools and Quizzes,” www.sleepfoundation.org/quiz/quiz.pgo?id=6&qnum=2 (consultado: 10 de octubre, 2016).

El cuerpo ha sido diseñado de tal manera que no puede funcionar correctamente, sin tener períodos adecuados de reposo. Para mantener un nivel óptimo de salud es necesario equilibrar la actividad y el descanso. Elena G. de White, educadora del siglo XIX, menciona:

No se debería pasar por alto la importancia de la regularidad de las horas para comer y dormir. Puesto que la obra de reparar el cuerpo se efectúa durante las horas de descanso; es esencial, especialmente para los jóvenes, que el sueño sea metódico y abundante. No trabaje nadie hasta el agotamiento, con lo cual se descalificará para esfuerzos futuros. No tratéis de hacer en un día el trabajo de dos días. Al fin se verá que los que trabajaron cuidadosa y prudentemente han hecho tanto como aquellos que gastaron de tal manera su fuerza física y mental que no les quedó reserva de la cual sacar en tiempo de necesidad.⁵⁴

En cuanto a las pautas para lograr un buen descanso, Colbert declara que la preparación para descansar en la noche comienza durante el día. A continuación, él mismo ofrece una serie de recomendaciones: “Haga ejercicio moderado, respire profundamente, tome un baño caliente, hágase masajes, escuche música clásica a bajo volumen, camine al aire libre, apague las luces, cene austeramente, establezca una rutina diaria y no use ninguna bebida que tenga cafeína”.⁵⁵

Corroborando lo dicho, el Centro Norteamericano de Estilo de Vida Saludable dio las siguientes recomendaciones para obtener un descanso óptimo y reparador:

- Descansar de siete a ocho horas cada noche.
- Dormir de 2 a 3 horas antes de la medianoche. Cada hora de descanso antes de la media noche, es equivalente a dos horas después de la media noche.
- Considere acostarse sin cenar o consumir solo frutas o una sopa liviana a la

⁵⁴Elena G. de White, *La educación* (Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1978), 205 - 206.

⁵⁵Colbert, 55.

tardecita. Un estómago vacío, cuando se acueste a dormir, aumentará su calidad de sueño.⁵⁶

Autocuidado

El autocuidado consiste en la “capacidad de las personas de asumir, de forma voluntaria, el cuidado y el mantenimiento de su salud, así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables”.⁵⁷

Es necesario ofrecer a la persona, estrategias de apoyo y capacitación que faciliten la motivación, la adopción de conocimientos, habilidades y los recursos necesarios para que realice acciones que beneficien su propia salud.⁵⁸ Así, el autocuidado se encamina a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el manejo de pequeñas dolencias cotidianas y el control o curación de enfermedades o condiciones crónicas.

Algunas prácticas de autocuidado son: alimentación adecuada a las necesidades de la persona, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer buenas relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridos, habilidad para adecuar el consumo de medicamentos, seguimiento de las prescripciones de salud, comportamientos sexuales seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto, búsqueda de

⁵⁶Tim Arnott, *Las 24 maneras realistas del Dr. Arnott para mejorar su salud* (Napa, Idaho: Pacific Press Publishing Association, 2005), 9.

⁵⁷Antonio Andreu, “El cuidado corresponsable. Recomendaciones: La importancia del autocuidado”, http://www.informefitforlife.es/recomendaciones_ciudadano_recomendaciones_importancia.html (consultado: 17 de noviembre, 2016).

⁵⁸Universidad Miguel Hernández de Elche, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria y MSD. Instrumento de evaluación de modelos de atención ante la cronicidad. IEMAC 1.0, http://www.iemac.es/data/docs/Formulario_IEMAC.pdf (consultado: 8 de octubre, 2016).

información y manejo de diferentes signos y síntomas en las enfermedades.⁵⁹

Se debe evitar sustituir a las personas en actividades que aún pueden realizar por sí mismos, aunque sea de forma parcial o tarden mucho en realizarlas. Cuando los cuidadores prestan más ayuda de la realmente necesaria, aunque crean que lo hacen por el bien de la persona, en realidad están menoscabando su autonomía y favoreciendo la pérdida de habilidades por falta de práctica.⁶⁰

En síntesis, el objetivo del autocuidado es el control del individuo sobre su salud, el empoderamiento, un derecho de todas las personas, que debe fomentarse al máximo hasta el final de la vida. El desafío, en la sociedad actual, es que la persona pase de una actitud pasiva, de receptor de cuidados, a una activa o proactiva, de búsqueda de bienestar y de responsabilidad sobre su propia salud.

Hábitos alimenticios

La elección de los alimentos, su preparación y las porciones consumidas influyen directamente en el estado nutricional de las personas,⁶¹ a pesar de que los hábitos alimenticios comienzan desde la infancia,⁶² no se le puede restar importancia al poder de decisión que tienen las personas.

Está demostrado que los hábitos alimenticios constituyen un factor determinante

⁵⁹Elena Muñoz, “La importancia del autocuidado, también en personas con dependencia”, http://educacionpapps.blogspot.pe/2013/05/la-importancia-del-autocuidado-tambien_24.html (consultado: 10 de octubre, 2016).

⁶⁰Ibíd.

⁶¹J., Osorio, G., Weisstaub, y C., Castillo, “Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones”. *Rev Chil Nutr* 29, no.3 (2002): 280-285.

⁶²S., Busdiecker, C., Castillo e I. Salas, “Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica”. *Rev Chil Pediatr* 71, no.1 (2000): 5-11

en el estado de salud de las personas. Estos hábitos pueden ser adecuados o inadecuados y se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad, como son las enfermedades vasculares, algunos cánceres, la diabetes, la obesidad, la osteoporosis, la anemia y las caries dentales. Muchos hábitos alimenticios hacen más susceptibles a la aparición de enfermedades, mientras que otros promueven un mejor estado de salud.⁶³ Los hábitos alimenticios son de naturaleza compleja y existen, por lo menos, cuatro factores que los condicionan:⁶⁴

1. *Influencias individuales*: factores biológicos, conductas y estilos de vida, factores sociales, culturales y económicos.
2. *Influencia del entorno social*: la familia, el colegio o universidad, el grupo de amigos y las interacciones, entre todos ellos.
3. *Influencias del medio físico o comunidad*: disponibilidad y accesibilidad de los alimentos.
4. *Influencias del macrosistema o sociedad*: publicidad, marketing, normas sociales y culturales, sistema de producción de alimentos, políticas y normativas relacionadas con los alimentos como políticas de precio, distribución, disponibilidad, etc.

Por otro lado, se sabe que “nuestro cuerpo cambia totalmente aproximadamente cada siete años, y ese milagro se produce gracias al alimento que consumimos, y a la forma cómo el cuerpo aprovecha ese alimento”.⁶⁵ Así, lo que se come vuelve a vivir en

⁶³Analía Paccor, Estado nutricional y hábitos alimentarios en estudiantes de cuarto año de la carrera de Licenciatura en Nutrición (Tesis de grado, Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, 2012), 13.

⁶⁴Paccor, 6-8.

⁶⁵Vernon W. Foster, *New Start* (Boise, Idaho: Pacific Press Publishing Association, 1990), 222.

las células y en la expresión de toda la vida. Sobre esto, Elena G. de White declara:

Para saber cuáles son los mejores comestibles, tenemos que estudiar el plan original de Dios para la alimentación del hombre. Los cereales, las frutas carnosas, los frutos oleaginosos, las legumbres y las hortalizas⁶⁶ constituyen el alimento escogido para nosotros por el Creador. Preparados, de modo más sencillo y natural posible, son los comestibles más sanos y nutritivos. Comunican fuerza, una resistencia y un vigor intelectual que no pueden obtenerse de un régimen alimenticio más complejo y estimulante”.⁶⁷

Al repasar en el registro bíblico, la historia del pueblo de Israel, se encuentra que la alimentación escogida por Dios fue una monodieta: *maná* (Ex 16) complementada con el *agua* (Ex 17). El plan era que esta dieta continuara hasta que el pueblo entrase en la tierra prometida, Canaán, donde encontrarían "leche y miel" (Ex 3:17). Este fue un período de tiempo en la historia del pueblo de Dios y un estilo de vida para ese tiempo.

Asimismo, los nutrientes pueden ser clasificados de la siguiente manera: 1) según su función dentro del organismo, 2) según el nutriente que posee, 3) según la clase de alimento que es y 4) según el tipo de alimento, Ver tabla 1:

⁶⁶*Hortalizas*: Son plantas generalmente herbáceas (no leñosas) que se cultivan en huertas, de las que se usan cualesquiera de sus partes botánicas (hojas, flores, frutos, tallos, raíces, etc.). La palabra “hortaliza” se refiere tanto a la planta en su conjunto, como a su parte comestible. Las verduras son un tipo de hortalizas que se caracterizan por ser de color verde, debido a su contenido de clorofila (hojas, tallos y flores). Los frutos, como el tomate, no se deben considerar como verduras, sino como hortalizas. Pamplona, ¡Disfrútalos!, 50.

⁶⁷White, *Consejos sobre el régimen alimenticio*.

Tabla 1. Clasificación de los nutrientes.⁶⁸

FUNCIÓN	NUTRIENTE	CLASE DE ALIMENTO	TIPO DE ALIMENTO
CONSTRUCTORES	PROTEÍNAS	Leguminosas	Granos formados por dos partes: frijol, arveja, soja, lenteja, etc.
		Oleaginosas	Castañas, maní, aceituna, nueces, semilla de girasol, etc.
		Lácteos y derivados	Yogur, queso, etc.
ENERGÉTICOS	HIDRATOS DE CARBONO	Cereales	Granos enteros: arroz, maíz, avena, cebada, trigo, quinua, quiwicha, etc.
		Tubérculos	Papa, pituca, camote, yuca, oca, etc.
REGULADORES	VITAMINAS Y MINERALES	Frutas,	Dulces: plátanos, mango, higo, manzana, etc. Ácidas: fresas, piña, naranja, mandarina, etc.
		Verduras y hortalizas	Lechuga, espinaca, repollo, brócoli, apio, poro, etc.
			Zanahoria, pepino, cebolla, ajo, tomate, berenjena, etc.

La alimentación, como toda actividad, tiene sus leyes. Estas leyes son principios fundamentales que, al ser practicados, resultan en calidad y cantidad de vida. Estas leyes se dividen en cuanto puntos importantes y sencillos de practicarlos:⁶⁹

1. *Ley de la cantidad.* La cantidad de alimento que se ingiere diariamente debe ser suficiente para cubrir las necesidades del organismo, en cuanto a energía y a sustancias necesarias para el crecimiento y mantenimiento de los tejidos y órganos.

2. *Ley de la calidad.* El régimen alimenticio debe ser completo y variado en su composición, de forma que proporcione al organismo todas las sustancias necesarias como: hidratos de carbono (glúcidos), grasas (lípidos), proteínas (prótidos), vitaminas, minerales, agua y fibra vegetal.

3. *Ley del equilibrio.* Las cantidades de las diversas sustancias proveedoras de

⁶⁸Richard, 66.

⁶⁹Jorge D. Pamplona Roger, *¡Disfrútalo! Alimentos que curan y previenen* (Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1993), 26.

energía, que integran los alimentos, tienen que guardar entre sí una correcta proporción: hidratos de carbono (55% al 75%), grasas (no más del 30%), proteínas (10% al 15%).

4. *Ley de la adecuación.* La elección, preparación y cantidad de los alimentos debe adecuarse al peso, a la edad, al estado fisiológico y al tipo de trabajo o actividad.

Las siguientes recomendaciones pueden ayudar a cambiar o mejorar el régimen alimenticio.

1. *Regularice el horario de todas sus comidas. Tres veces al día:*

1ra. Completa: Reguladores, constructores y energéticos.

2da. Completa: Máximo tres platos (- Proteínas + Cereales).

3ra. Liviana: Lo mejor es fruta o jugo de fruta y pan tostado. “Favorece el sueño, permite la restauración del sistema digestivo, evita la absorción de toxinas, contribuye a la longevidad y economiza la energía vital”.⁷⁰

2. *Acostúmbrese a beber agua pura en los intervalos:* 2 horas después de las comidas y hasta 30 minutos antes.

3. *Comience a pensar en las substituciones:*

- a. Refinados por integrales (arroz y trigo, principalmente).
- b. Azúcar por frutas o miel. Para comenzar use poca azúcar rubia, chancaca o miel de caña.
- c. Comience a probar carne vegetal (gluten o tofu de soya).
- d. Explore las posibilidades de la leche de soja.
- e. Cambie la sartén por el horno, las frituras por los asados, intente aderezar sin aceite. Cuando el alimento esté listo, puede añadir aceite vegetal o de oliva. Los preparados fríos son mejores.
- f. Prefiera huevos de casa. Estudios actuales aconsejan uno por semana,

⁷⁰White, *Consejos sobre régimen alimenticio.*

especialmente en personas con más de 40 años.

g. De valor a los alimentos crudos.

4. *Recuerde:*

- a. Los alimentos son más nutritivos, cuando más natural se los prepara.
- b. Todo alimento natural, cuando es consumido crudo, facilita su digestión por la acción de sus propias enzimas y fermentos.
- c. Las enzimas son estructuras que provocan reacciones para simplificar los alimentos, a la forma en que serán aprovechados por las células.
- d. Todos los alimentos crudos son ricos en enzimas, sin embargo, el calor del horno y la cocina las destruyen.
- e. Los alimentos no naturales, es decir, cocidos, fuerzan al organismo a depender demasiado de sus propias enzimas.
- f. Los alimentos crudos, con sus enzimas y propiedades vitalizantes, pueden interrumpir la formación de enfermedades tan temidas como el cáncer.
- g. En el desayuno: comer primero las frutas (solas), después el cereal y la opción proteica.
- h. En el almuerzo: comer primero las ensaladas crudas, después los otros platos. Siempre comer los alimentos crudos primeros.

Por último, el doctor Rex Russell presenta tres principios básicos de alimentación para vivir una vida saludable:⁷¹

1. Solo come las sustancias que Dios creó para comer. Evitar lo que no se diseñó como alimento (Gn 1: 29).

2. Tanto como sea posible, come los alimentos tal y como fueron creados. Evite, en lo posible, consumir alimentos procesados (Pr 14:12).

3. Evita la adicción a los alimentos. No permitas que ningún alimento o bebida se convierta en tu dios (Ex 20:3).

⁷¹Rex Russell, *Vida saludable* (Miami, Florida: Editorial Vida, 2006), 32 – 38.

Confianza en Dios

Confiar en alguien puede hacer mucho para alcanzar una buena actitud y paz mental que beneficia, tanto a la salud mental como a la física. Esto es así porque quien vive con la esperanza en un futuro mejor y con la convicción de hay Alguien por encima de él, vive confiado y sin sobresaltos. “La buena disposición mental y la paz de espíritu influyen decisivamente en el buen funcionamiento del organismo”.⁷²

Por ello, “la verdadera recuperación física, mental y social empieza con la limpieza de los pensamientos y sentimientos. Todas las acciones buenas o malas que afectan la salud se originan en la mente. Si continúa deseando comidas pocas o nada saludables, y practica otros hábitos malsanos, se corre el riesgo de enfermarse”.⁷³

El mismo autor menciona cinco pasos para fortalecer la confianza en Dios:

1. *Primer paso.* Ir a Cristo como se está y aceptarlo como Salvador personal. “Venid a mí todos los que estáis fatigados y cargados, y yo os haré descansar” (Mt 11:28). Venir a Jesús y pedirle perdón por los pecados pasados. La voluntad de Dios es limpiar al ser humano del pecado y hacerlo su hijo (1 Jn 1:7).
2. *Segundo paso.* Establecer una vida de estudio de la Santa Biblia y de las enseñanzas del Señor Jesús. ¡Si se desea conocer al Salvador, se debe estudiar las Santas Escrituras! Jesús dijo: “Ellas son las que dan testimonio de mí” (Jn 5: 39).
3. *Tercer paso.* Desarrollar el hábito de conversar con Dios mediante la oración (1 Ts 5:17), permitiendo que Él conozca las preocupaciones, luchas y gozos. Al

⁷²Pamplona, 13.

⁷³Andrés Vargas, *Los ocho remedios naturales*, <http://docplayer.es/13878486-Los-ocho-remedios-naturales-autor-andres-vargas.html> (consultado: 17 de octubre, 2016).

hacerlo, la persona aprenderá a amarlo, a esperar y a confiar más en Él.

4. *Cuarto paso.* Compartir la vida de Cristo, y los principios de salud, con otros. Al compartir estas verdades, se cumple con la gran comisión (Mt 28:19,20).

5. *Quinto paso.* Perseverar en el camino de Cristo pese a cualquier dificultad (Mt 24:13; Ap 2:10). Toda victoria obtenida sobre las prácticas, que destruyen la salud, suma años de calidad de vida. Elena G. de White señala:

Conságrate a Dios todas las mañanas; haz de esto tu primer trabajo. Sea tu oración: “Tómame ¡oh Señor! como enteramente tuyo. Pongo todos mis planes a tus pies. Úsame hoy en tu servicio. Mora conmigo, y sea toda mi obra hecha en ti.” Este es un asunto diario. Cada mañana, conságrate a Dios por ese día. Somete todos tus planes a Él, para ponerlos en práctica o abandonarlos, según te lo indicare su providencia. Podrás así poner cada día tu vida en las manos de Dios, y ella será cada vez más semejante a la de Cristo.⁷⁴

Relaciones interpersonales

Tener fuertes lazos con otras personas, es tan vital para la salud que esta mejora y aumenta, significativamente, la expectativa de vida. El filólogo Karl von Humboldt dijo: “En el fondo, son las relaciones con las personas lo que da valor a la vida”.⁷⁵ El valor de las relaciones interpersonales, en la salud, se ha demostrado en una reciente investigación publicada por PlosMedicine, donde se analizó los hábitos sociales de 300.000 personas de una media de edad de 71 años. Hasta hoy no se había investigado con tanta profundidad la relación entre la falta de contactos sociales y el riesgo de muerte. Su influencia sobre el bienestar puede darse de forma directa, o bien a través de su efecto amortiguador, protegiendo a las personas de las consecuencias negativas que determinadas condiciones adversas, en especial el estrés, pueden atentar su bienestar.

⁷⁴White, *El camino a Cristo*.

⁷⁵Pensamientos.org, *Pensamientos de vida*, <http://www.pensamientos.org/pensamientosvida.htm> (consultado: 5 de noviembre, 2016).

Los investigadores constataron que la ayuda social, es decir, tener amigos o estrechos vínculos familiares, proporciona numerosos beneficios emocionales que repercuten positivamente en un mejor estado de salud y una mayor longevidad.⁷⁶

Los contactos con otras personas ayudan a manejar mucho mejor las dificultades y las emociones desagradables (incluyendo la ansiedad y la ira). Los amigos y la familia actúan como ayudadores claves. Tienden a animar los estilos de vida saludables, instando a la gente a que duerma más, controle el peso, coma saludablemente, consulte al médico, haga ejercicio o abandone el tabaco y la bebida. Las relaciones interpersonales dan sentido y propósito a la vida. Y las personas, que tienen un propósito claro para su vida, son más propensas a cuidarse mejor y evitar innecesarios riesgos para la salud.

La Dra. Holt-Lunstad cita un estudio en el que los participantes llevaron un dispositivo que medía la tensión durante un período de 24 horas. La prueba demostró que las personas, con apoyo social, contaban con familia o amigos con quien relacionarse, tendían a tener una tensión más baja que los que carecían de tales contactos.⁷⁷

Existen algunas cualidades que fortalecen las relaciones interpersonales:

1. *Autenticidad.* La conducta auténtica es espontánea y no premeditada. Estar abierto a todo y ser coherente con uno mismo es necesario para forjar una nueva amistad.
2. *Aceptación.* Una buena amistad permite la expresión eventual de un enfado o de alguna rudeza. Permite manifestar las diversas facetas de nuestra personalidad, sin

⁷⁶Francisco Gavilán, “El verdadero secreto de la salud: Las relaciones humanas”, <http://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/s306reportaje.pdf> (consultado: 20 de noviembre, 2016).

⁷⁷Julianne Holt-Lunstad, Timothy B. Smith, y J., Bradley Layton, “Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-Analytic Review”. *PLOS Medicine* 7, no.7 (2010): 1-4.

temor a severo juicio de los demás. El sentimiento de ser valorado, tal como uno es, promueve una completa armonización con los demás.

3. *Empatía*. Esta cualidad implica un esfuerzo por entender los sentimientos y las creencias de los otros (aunque estas no estén de acuerdo con las de uno). Empatía significa, ante todo, escuchar e identificar y comprender los sentimientos de los demás para transmitirles tu comprensión.

4. *Expresión directa*. Cuando la gente sabe lo que los demás quieren de ella, se establece una comunicación clara. Ambas partes se encuentran en una muy favorable posición para llegar a acuerdos y satisfacer todas las necesidades mutuas.

Según Gavilán, en las relaciones interpersonales, es mucho más importante la calidad que la cantidad. La persona puede estar con muchos a su alrededor y aun así “sentirte solo”. Mejor es tener un verdadero confidente o alguien al que si le pides un favor tú sabes que no te defraudará, que tener miles de amigos en Facebook.⁷⁸

Bienestar psicológico

Autoconciencia. Es un elemento cognitivo de las actitudes hacia uno mismo. Se expresa en las creencias e ideas que tiene la persona sobre sí mismo.

Autoestima. Consiste en la apreciación y valor que se concede el sujeto a sí mismo, y se expresa en el grado en que se quiere y se acepta.

Autoeficacia. Componente conductual de las actitudes consigo mismo, grado en que una persona considera que puede llevar a cabo sus propósitos y así cumplir sus metas. Estos tres componentes se encuentran íntimamente relacionados entre sí y con el sentido

⁷⁸Gavilán, “El verdadero secreto de la salud: Las relaciones humanas”.

que le otorga el sujeto a su vida. El concepto de “sentido” significa proporcionar una razón, orden o coherencia a la existencia del individuo; está relacionado con el concepto de “propósito”, el cual hace referencia a la intención, al cumplimiento de alguna función o al logro de algún objetivo; que la vida tenga sentido, significa que tiene un propósito y luchará por alcanzarlo. El sentido de la vida es considerado también como un indicador positivo de la salud mental.⁷⁹

Percepción del estado de salud

La percepción del estado de salud es uno de los indicadores más sólidos y frecuentemente investigado en las encuestas de salud. En una serie de encuestas nacionales e internacionales sobre salud se repite la pregunta: "En los últimos doce meses ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?". Pese a que la medida de la percepción del estado de salud es un tanto subjetiva, existe una estrecha relación entre la valoración de la salud y los efectos de la misma.⁸⁰

Definición de estado de salud

Los epidemiólogos conceptualizan “estado de salud” como presencia de enfermedad o ausencia de enfermedad, el cual es una definición muy simple debido a que los criterios de diagnóstico cambian muy rápido a medida que aumentan los conocimientos y mejoran las técnicas. Si bien, en la mayoría de los países, la esperanza

⁷⁹Arlene Oramas, Sandra Santana y Adriana Vergara, *El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental* (La Habana, Cuba: Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, 2007), 5.

⁸⁰Antonio Abellán, “Percepción del estado de salud”. *Rev Mult Gerontol* 13, no. 5 (2003):340-342.

de vida se ha incrementado por la baja mortalidad infantil; sin embargo, esta situación no necesariamente indica que el estado de salud de las personas haya mejorado.⁸¹

Por su lado, Rodríguez define este concepto como: “Una evaluación global de la experiencia subjetiva que hace la persona de su vida sobre la base de diferentes áreas de la misma, fundamentalmente de su estado físico, funcional, psicológico y social”.⁸²

También, Cabrera provee una definición integradora del concepto estado de salud quien lo define como: “El resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad; los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida”.⁸³

Por lo visto, la definición del concepto “estado de salud” o “calidad de vida” se ha convertido en una tarea compleja debido a la multiplicidad de factores que la determinan, los elementos que la integran y los efectos que produce en diferentes esferas de la vida de los individuos y los grupos. De hecho, existe en la actualidad una gran indefinición del término, desde el punto de vista conceptual y metodológico.⁸⁴ Además, es importante considerar que “en la literatura científica existe cierta confusión al momento de utilizar

⁸¹A. L. González-Celis, *Calidad de vida en el adulto mayor. Una visión transdisciplinaria* (México D.F.: Instituto de Geriatria. México, 2006), 72.

⁸²Rodríguez, 51.

⁸³M. E. Cabrera, M.T., Agostini. y Victoria García-Viniegras C R. *Calidad de vida y trabajo comunitario integrado. Sistema de indicadores para la medición de la calidad de vida*. Reporte de investigación. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, 1998. 20-26.

⁸⁴M. Botell, y Lugones, “Algunas consideraciones sobre la calidad de vida”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, no. 4 (2002): s/n.

los términos salud, estado de salud, calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud y, con frecuencia, se utilizan indistintamente”.⁸⁵ El problema estriba en que las definiciones conceptuales y las consiguientes aproximaciones operativas que se dan son diversas.⁸⁶

A pesar de que el tema de la evaluación del estado de salud o calidad de vida está presente, desde épocas muy antiguas (griegos clásicos - Aristóteles), en la historia del mundo. Sin embargo, el concepto calidad de vida es relativamente nuevo en el ámbito de la salud con un apogeo evidente en la década de los 90, que aún se mantuvo en la primera década del siglo XXI. Anualmente se publican, en revistas especializadas, miles de artículos sobre esta temática, poniendo de manifiesto tanto el gran interés sobre el tema, como la amplia gama de acepciones respecto a esta.⁸⁷

Importancia de la percepción del estado de salud

La percepción del estado de salud juega un papel transcendental, en lo que respecta a la frecuencia y la intensidad de las conductas que promueven la salud. Un ejemplo de ello lo dio el estudio a una corte de adultos mayores a quienes se los entrenó durante 14 semanas. El estudio encontró que:

Los individuos que mostraban más dolencias o síntomas físicos, en el cuestionario de la salud del índice médico de Cornell, tenían una frecuencia e intensidad menores de participación en el programa de ejercicios que los individuos que reportaban menos síntomas en dicho índice. Todos los individuos fueron examinados por un médico antes del programa, y se excluyó cualquier síntoma

⁸⁵V. Mor, y Guadagnoli, E., “Quality of life measurement: A psychometric tower of Babel”. *J Clin Epidemiol*, no. 41 (1988): 1055-1058.

⁸⁶J.E. Ware, “Conceptualizing disease impact and Treatment outcomes”. *Cáncer*, no.53 (1984): 2316s-2323s.

⁸⁷Laura Schwartzmann, “Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales”. *Ciencia y enfermería* 9, no. 2 (2003): 9-21.

clínico evidente de enfermedad. El padecimiento prolongado de síntomas molestos, aun en la ausencia de enfermedad, puede presentar una amenaza, inducir temor y evasión y reducir la capacidad personal de realizar conductas positivas de salud. Sentirse bien puede ser una fuente de motivación para emprender las acciones que aumentan el estado de salud personal.⁸⁸

Asimismo, Kaplan y Cowles manifestaron que una estrategia apropiada para que los fumadores dejen el hábito, puede comenzar con facilitar prácticas saludables mediante el cual las personas perciban “cambios rápidos y observables de bienestar, por ejemplo, el ejercicio y la relajación. Las experiencias de un bienestar mayor y un mejor estado de salud pueden emplearse, entonces, para reforzar el buen valor de la salud y promover cambios más extensos en el estilo de vida que los individuos perciben como difíciles”.⁸⁹

En el presente estudio se midieron ocho dimensiones del estado de salud: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Estas dimensiones fueron desarrolladas por Ware y Gandek⁹⁰ y posteriormente adaptado y validado en España por J. Alonso y col.⁹¹ Una síntesis de cada una de estas dimensiones se mencionan a continuación:

Función física. Es el grado en que el estado de salud limita las actividades físicas

⁸⁸K.H., Sidney y R.J., Sherphard, “Attitudes Toward Health and Physical Activity in the Elderly. Effects of Physical Training Program. Medicine and Science in Sports”. *Medicine and Science in Sport*, n. 8 (1976): 246 -252.

⁸⁹G., Kaplan y A., Cowles, “Health Locus of Control and Health Value in the Prediction of Smoking Reduction”. *Health Education Monographs Spring*, (1978): 29-137.

⁹⁰J. E., Ware y B., Gandek, “Methods for Evaluating Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability”. *J Clin Epidemiol* 11, no. 51 (1998): 945-952.

⁹¹J. Alonso, G., Regidor Barrio, L., Prieto Rodríguez y L., de la Fuente, “Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud” SF-36. *Med Clin Barc* no.111 (1998):410-416.

tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, etc. Consta de 2 ítems con tres alternativas de respuesta, (Sí, me limita mucho=1; Sí, me limita un poco=2; No, me limita nada=3).

Rol físico. Es el grado en que la salud física obstaculiza el trabajo y otras actividades diarias, generando un rendimiento menor que el deseado. Tiene 2 ítems con dos alternativas de respuesta (Sí=1; No=2).

Dolor corporal. Es el grado de intensidad del dolor y su efecto. Tiene 2 ítems con 5 alternativas de respuesta, (Mucho=1; Bastante=2; Regular=3; Un poco= 4; Nada=5).

Salud general. Es una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. Tiene 1 ítem y cinco alternativas de respuesta (Excelente =1; Muy buena = 2; Buena= 3; Bastante falsa= 4; Totalmente falsa= 5).

Vitalidad. Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. Tiene 1 ítem con 6 alternativas de respuesta (Siempre=6; Casi siempre=5, Muchas veces=4; Algunas veces=3; Solo alguna vez=2; Nunca=1).

Función social. Grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social. Tiene 1 ítem con 6 alternativa de respuesta (Nunca =1; Solo alguna vez=2; Algunas veces=3; Muchas veces=4; Casi siempre=5; Siempre=6).

Rol emocional. Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo la reducción en el tiempo dedicado a estas, rendimiento menor y disminución de la intensidad en el trabajo. Tiene 1 ítem con 2 alternativas de respuesta, (Sí=1; No=2).

Salud mental. Incluye depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar.

Tiene 2 ítems con seis alternativas de respuesta (Siempre=1; Casi siempre=2; Muchas veces=3; Algunas veces =4; Solo alguna vez =5; Nunca=6).

Características sociodemográficas

En diversos estudios, sobre la conducta en salud, se han investigado a fondo las características sociodemográficas tales como: la edad, el género, la raza, la etnicidad, la educación y los ingresos, concluyendo en que “se debe prestar atención a la influencia de estas variables en la conducta promotora de la salud, porque pueden servir como enlace para comprender las diferencias de las conductas entre individuos y grupos”.⁹² Por ejemplo, “el estado socioeconómico y sus subescalas como la educación, los ingresos y el trabajo, han sido relacionados con los comportamientos que promocionan la salud, independiente del estrato al que pertenezcan”.⁹³

Reforzando este concepto, Dean menciona: “La mayor parte de los estudios sobre las relaciones entre el género y la conducta de salud en adultos, informan tendencias de las mujeres a enfrascarse en mayores actividades promotoras de la salud que los varones”.⁹⁴

Definición de términos

En esta sección, se definen algunos conceptos involucrados en el estudio. La función, de esta parte, es definir el significado de algunos términos que van a emplearse

⁹²Raúl Martínez, “El concepto, la percepción de salud y la práctica de estilos de vida saludables” (Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León, 1994), 20, 21.

⁹³Ibíd.

⁹⁴K., Dean, “Self Care Comoorints ot Lifestyles. The Importance of Gendir, Attitudes and the Social Situacion”. *Soc Sci Med* 29, n. 2 (1989): 137-152.

con cierta frecuencia en el trabajo. El número de términos por definir queda a criterio del investigador; lo importante es no manejar conceptos que causen confusión. No incluir en esta parte, aquellos términos o palabras que identifican las variables, dimensiones o indicadores, los cuales deberán estar bien definidas en el marco teórico.

Iglesia Adventista del Séptimo Día

La Iglesia Adventista del Séptimo Día (IASD) es una denominación cristiana organizada como Conferencia General en 1863, en los Estados Unidos de América.⁹⁵ En la actualidad, la IASD cuenta con 18.1 millones de feligreses distribuidos en más de 200 países y territorios alrededor del mundo.⁹⁶

Líder religioso

Se refiere a la persona que ha sido empleado por la IASD en calidad de “obrero evangélico” que, en la terminología de la iglesia adventista, equivale a “religioso” o “misionero” quien, luego de aceptar y firmar el voto de “religioso”, dedica todo su tiempo al servicio del Señor en régimen de tiempo completo y dedicación exclusiva.⁹⁷

Campo local

Campo, o “Campo local”, es un término propio del lenguaje confesional

⁹⁵Enoch de Oliveira, *La mano de Dios al timón* (Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1986), 64. Sitio oficial de la IASD, <https://www.adventist.org/es/> (consultado: 2 de agosto, 2016).

⁹⁶G.T. Ng, *Feligresía adventista en el mundo llega a 18,1 millones*, <http://noticias.adventistas.org/es/noticia/institucional/feligresia-adventista-en-el-mundo-llega-181-millones/> (consultado: 19 de mayo, 2016).

⁹⁷División Sudamericana (DSA) de la Asociación General de los Adventistas del Séptimo Día, *Reglamentos eclesiásticos administrativos* (Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 2002), 216, 217.

adventista para referirse a una Asociación o Misión, es decir, al conjunto de iglesias locales bajo una jurisdicción eclesiástica. Es lo que otras iglesias denominan “diócesis o provincia eclesiástica”.⁹⁸

Cargo

Posición o función administrativa, directiva o departamental para la cual una persona es elegida por un período determinado. También: Puesto o responsabilidad.⁹⁹

Distrito misionero

Es el conjunto de iglesias y grupos de creyentes atendidos por un pastor.¹⁰⁰

Miembros

Componentes, integrantes. Designa a los delegados a un congreso, o a los que componen una junta o comisión.¹⁰¹

Obrero

Es una palabra que designa a un “obrero evangélico”, y equivale a “religioso”, “ministro del evangelio”, “eclesiástico”, “pastor”, o “misionero”.¹⁰²

⁹⁸División Sudamericana de los Adventistas del Séptimo Día, *Reglas de orden para las reuniones administrativas de la iglesia* (Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 2014), 10.

⁹⁹Ibíd.

¹⁰⁰Ibíd., 13.

¹⁰¹DSA de los Adventistas del Séptimo Día, *Reglas de orden para las reuniones administrativas de la iglesia* 15.

¹⁰²Ibíd., 16.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

En este capítulo se exponen los principales componentes de la metodología, los mismos que están compuestos por lo siguiente: Alcance y diseño de la investigación, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, consideraciones éticas, definición y operacionalización de variables, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos para la recolección, procesamiento y análisis de la información.

Alcance de la investigación

El presente trabajo es de alcance descriptivo y correlacional. Es descriptivo, porque se especifican las propiedades y características más importantes de las variables estudiadas. Es correlacional, porque se busca relacionar las variables y conocer el grado de asociación que existe entre ellas.¹

Diseño de la investigación

El presente trabajo tiene un diseño no experimental y es de corte transversal. Es no experimental, porque no se manipula ninguna de las variables; es de corte transversal o transaccional, porque se recolectaron los datos en tiempo único, en el cual se realizó una sola medición.²

¹Hernández, Fernández y Baptista, 92, 93.

²Ibíd., 127-129, 152-155.

Población o universo

En el presente trabajo, la población objetivo de la investigación³ está conformada por 770 líderes religiosos de la Iglesia Adventista del Séptimo Día (IASD) que laboran como obreros en la Unión Peruana Norte (UPN) y de la Unión Peruana Sur (UPS). Los líderes mencionados son "misioneros" de tres campos misioneros y una institución educativa: Asociación Peruana Central Sur (APCS), Asociación Peruana Central Este (APCE), Misión Centro Oeste del Perú (MICOP) y Universidad Peruana Unión (UPeU) sede Lima.

Muestra

La muestra⁴ de la investigación quedó constituida por 192 personas, elegidas de manera no aleatoria, debido a la característica singular del trabajo que realizan los sujetos en estudio. El tamaño de la muestra se calculó para un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5% ($\alpha=0.05$), en base a la fórmula estadística para poblaciones finitas:⁵

$$n_0 = \frac{N p q z^2}{(N-1) d^2 + z^2 p q} \quad n_0 = \frac{770 (0.5)(0.5)(1.96)^2}{(770-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} = 257$$

³*Población o universo*. "Conjunto de elementos que concuerdan con determinadas especificaciones", donde todos los elementos cumplen con los criterios de inclusión. Hernández, Fernández y Baptista, 174.

⁴*Muestra*. "Es un subgrupo de la población, del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de dicha población". Hernández, Fernández y Baptista., 175, 176.

⁵Daniel Waune, *Estadística con aplicaciones a las ciencias sociales y a la educación*. 2da ed. (México D.F.: Editora Mc Graw-Hill, 1998), 174.

Tabla 2. Simbología de la fórmula de la muestra.

N : Tamaño de la población conocida.....	770
z : Nivel de confianza del 95% (valor estándar de 1,96).....	1.96
Nivel de confianza (1- α).....	0.95
p : Probabilidad a favor.....	0.5
q : Probabilidad en contra.....	0.5
d : Margen de error de 5% (α).....	0.05
n_o : Tamaño de muestra requerida	257
Factor de corrección	0.333
n : Tamaño de la muestra ajustada	192

Como el factor de corrección para poblaciones finitas (0.82) es mayor que 0.10, se ajustó el tamaño de la muestra utilizando la siguiente fórmula:⁶

Fórmula del factor de corrección	Fórmula de la muestra ajustada
----------------------------------	--------------------------------

$$\sqrt{\frac{N-n}{N-1}}$$

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} = \frac{257}{1 + \frac{257}{770}} = 192$$

La unidad de análisis, del presente trabajo, es el empleado religioso de la IASD, quien sirve a la organización de la IASD a tiempo completo y a dedicación exclusiva.

Criterios de inclusión

“Son todas las características de los integrantes de la población de referencia que permiten su ingreso a formar parte de la población en estudio”.⁷ Su objetivo es delimitar la población objetivo que, en este caso particular, son:

⁶Daniel Waune, 245.

⁷Mario Tamayo, *La investigación* (Bogotá: Arfo Editores Ltda., 1999), 180.

1. Personas religiosas con estatus de misionero dentro de la IASD.
2. Personas presentes en el auditorio “Alva y Alva” de la Universidad Peruana Unión, el día que se tomaron las encuestas.
3. Personas que aceptaron voluntariamente participar en la investigación.
4. Personas sin impedimento al momento de recoger la información.

Criterios de exclusión

“Son todas las características de los integrantes de la población de referencia que descartan su ingreso para no formar parte la población en estudio y que, por sus características, podrían generar sesgo en la investigación. Su objetivo es reducir los sesgos y aumentar la eficiencia en la estimación”.⁸

1. Personas que no estuvieron presentes al momento de la encuesta.
2. Personas que no aceptaron participar en el estudio.
3. Personas con algún impedimento al momento de recoger la información.

Consideraciones éticas

Se refiere al acuerdo que se llega con los participantes del estudio. Ante cualquier duda de carácter ético, debe someterse el asunto ante un comité de ética, cuidando el anonimato, la confidencialidad y la voluntad de la persona.⁹ En el presente estudio:

1. Se guardó absoluto anonimato y confidencialidad, en cuanto a los participantes y a la información otorgada.
2. Se solicitó la autorización de los administradores eclesiásticos, quienes

⁸Mario Tamayo.

⁹Christina Neish, Apuntes de clase del curso de *Programación educativa en salud pública*. Maestría en Salud Pública, Universidad Peruana Unión, verano 2004.

tienen bajo su responsabilidad el servicio de los líderes religiosos.

3. La participación de los líderes fue voluntaria, quienes dieron su consentimiento verbal antes de llenar el cuestionario.
4. Se explicó el propósito de la investigación y los pormenores, en relación al cuidado que deberían tener en aras de conservar el absoluto anonimato del participante.
5. Se respetaron los cuatro principios bioéticos para investigaciones en seres humanos expuestos en la *Declaración de Helsinki* (2013): justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia.¹⁰
6. Se dieron todas indicaciones del llenado, incluyendo la manera cómo deberían depositar los cuestionarios dentro del ánfora, luego de ser llenados.
7. Se dio 20 minutos para el llenado, luego del cual se dio las gracias.
8. Finalmente, se recogieron todas las encuestas depositadas en el ánfora, para luego ser procesados y analizados.

Definición y operacionalización de las variables

Las variables son propiedades, características o cualidades que pueden variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse, las cuales deben ser definidas conceptualmente y operacionalmente.¹¹ Definir y operacionalizar variables es una de las

¹⁰Asociación Médica Mundial, *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*, <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/> (consultado: 7 de diciembre, 2015).

¹¹*Definición conceptual o constitutiva*: “Son definiciones de diccionarios o de libros especializados”. *Definición operacional*. “Son un conjunto de procedimientos y actividades que se desarrollan para medir una variable”. Hernández, Fernández y Baptista, 105, 119, 120.

tareas más complejas del proceso de investigación, pues tiene repercusiones en todos los momentos siguientes, razón por la que debe prestarse mucha atención.¹²

Definición de las variables

Las variables, consideradas en esta investigación, están conformadas por las características sociodemográficas, el estilo de vida y la percepción del estado de salud.

Características sociodemográficas

Son un conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.¹³ Las variables sociodemográficas, consideradas en esta investigación, son: sexo, estado civil, región de procedencia, nivel educativo, institución donde labora y área de desempeño profesional actual.

Estilo de vida

Se refiere a “la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos”.¹⁴

¹²Pineda, Alvarado y Canales, 100.

¹³Ángel Orlando Rabines Juárez, “Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados” (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima), http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/rabines_j_a/t_completo.pdf (consultado: 15 de mayo, 2016).

¹⁴I. Kickbusch, “Life-Styles and Health”. *Social Science & Medicine* 22, no. 2 (1986):117-24.

En esta investigación se evaluaron nueve dimensiones del estilo de vida: Actividad física y deporte, Recreación y descanso, Autocuidado, Hábitos alimenticios, Confianza en Dios, Relaciones interpersonales y Bienestar psicológico.

Percepción de estado de salud

Se define como la “evaluación subjetiva que una persona hace de su vida sobre la base de diferentes áreas de la misma, fundamentalmente de su estado físico, funcional, psicológico y social”.¹⁵

En el presente estudio se midieron ocho dimensiones del estado de salud: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental.

Operacionalización de las variables

Operacionalizar una variable es un proceso metodológico que consiste en descomponerla deductivamente, partiendo desde lo general a lo específico. En caso de ser complejas, dividir las en dimensiones, indicadores, ítems, escala valorativa e instrumento; mientras que si son concretas, dividir las en: indicadores, escala valorativa e instrumento.¹⁶

¹⁵J. Rodríguez Marín, *Calidad de vida en enfermos crónicos* (Valencia, España: Editorial Promolibro, 1993), 50.

¹⁶S. Carrasco, *Metodología de investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación* (Lima: Editorial San Marcos, 2009), 226.

Tabla 3. Operacionalización de las variables sociodemográficas.

VARIABLE	INDICADOR	VALORES	INSTRUMENTO
Sexo	Masculino y Femenino	1. Masculino 2. Femenino	Cuestionario general, sección: datos sociodemográficos.
Estado civil	Soltero, Casado, Viudo, Divorciado,	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado	
Región de procedencia	Costa Sierra Selva	1. Costa 2. Sierra 3. Selva	
Nivel educativo	Título técnico Bachiller Título universitario Maestría Doctorado	1. Título técnico 2. Bachiller 3. Título universitario 4. Maestría 5. Doctorado	
Institución donde labora	1. APCE 2. MICOP 3. UPeU 4. APCS	1. APCE 2. MICOP 3. UPeU 4. APCS	
Área de desempeño profesional actual	1. Pastoral 2. Administrativa 3. Educativa 4. Salud 5. Otro	1. Pastoral 2. Administrativa 3. Educativa 4. Salud 5. Otro	

Tabla 4. Operacionalización de las variables estilo de vida y percepción del estado de salud.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALORES	INSTRUMENTO
Estilo de Vida	Actividad física y deporte	Ítems: 29-33	1. Nunca	Cuestionario Estilo de Vida, adaptado del cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga, M., Salazar, I. y Gómez, I. (2002)
	Recreación y descanso	Ítems: 34-43, 72-74, 76,77	2. Algunas veces	
	Autocuidado	Ítems: 19-28	3. A menudo	
	Hábitos alimenticios	Ítems: 44-63	4. Siempre	
	Confianza en Dios	Ítems: 14-18		
	Relaciones interpersonales	Ítems: 64 -71, 75		
	Bienestar psicológico	Ítems: 1-13		

Percepción del estado de salud	Función física	Ítems: 2 y 3	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada	Cuestionario de calidad de vida (SF-12), versión reducida del SF-36. El nombre original es: <i>Medical Outcomes Survey Short-Form General Health Survey</i> (SF-12). Este cuestionario fue adaptado al español por Alonso, Prieto y Antó (1995).
	Rol físico	Ítems: 4 y 5	1. Sí 2. No	
	Dolor corporal	Ítem: 8	1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho	
	Salud general	Ítem: 1	1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala	
	Vitalidad	Ítem: 10	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Solo alguna vez 6. Nunca	
	Función social	Ítem: 12	1. Nunca 2. Solo alguna vez 3. Algunas veces 4. Muchas veces 5. Casi siempre 6. Siempre	
	Rol emocional	Ítems: 6 y 7	1. Sí 2. No	
	Salud mental	Ítems: 9 y 11	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Solo alguna vez 6. Nunca	

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas e instrumentos de recolección de datos son un conjunto de acciones que se realizan para conseguir que la información recolectada cumpla con los objetivos de la investigación.¹⁷

La información, para este estudio, fue recopilada mediante dos instrumentos validados:

1) El *Cuestionario (modificado) de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I)* de Pender 1996, complementado con el *Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida* de Arrivillaga, M., Salazar, I. y Gómez, I.¹⁸

2) *Cuestionario sobre Estado de Salud SF-12* versión reducida del SF-36, originalmente denominado *Medical Outcomes Survey Short-Form General Health Survey (SF-12)*¹⁹ adaptado al español por Alonso, Prieto y Antó.²⁰

El *Cuestionario sobre Estilo de Vida* consta de 77 preguntas, distribuidas en siete dimensiones, las que evalúa el nivel de prácticas de los principales hábitos de estilo de vida: Actividad física y deporte (5 ítems), Recreación y descanso (15 ítems), Autocuidado (10 ítems), Hábitos alimenticios (20 ítems), Confianza en Dios (5 ítems), Relaciones

¹⁷Daniel W. Richard Pérez, *Investigar se aprende investigando, no hay otro secreto* (Ñaña, Lima: Material impreso por el investigador, 2016), 54,55.

¹⁸Arrivillaga, M., Salazar, I., y Gómez, I., “Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos”. *Rv. Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, no.1 (2005): 19-36.

¹⁹J. E. Ware Jr., y Sherbourne, C. D., *The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection*. *Medical Care* 6, no. 30 (1992): 473-483.

²⁰J. Alonso, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin. Barc.* no.104 (1995): 771-6.

interpersonales (9 ítems) y Bienestar psicológico (13 ítems). Las alternativas de respuestas de este cuestionario, fueron diseñadas en un formato tipo LIKERT en escala ordinal y con 4 valoraciones de respuestas: Nunca (1), Algunas veces (2), A menudo (3) y Siempre (4).

El *Cuestionario de Salud SF-12*, que incluye 12 preguntas, evalúa la percepción que la persona tiene en ocho dimensiones de su estado de salud: Función física (2 ítems), Rol físico (2 ítems), Dolor corporal (1 ítem), Salud general (1 ítem), Vitalidad (1 ítem), Función social (1 ítem), Rol emocional (2 ítems), y Salud mental (2 ítems). Las alternativas de respuestas del SF-12 están diseñadas en un formato tipo LIKERT en escala ordinal y con diversas valoraciones de respuestas tales como: Mala (1), Regular (2), Buena (3), Muy buena (4), Excelente (5); Sí, me limita mucho (1), Sí, me limita un poco (2) y No, no me limita en nada (3); Sí (1) y No (2); Nada (1), Un poco (2), Regular (3), Bastante (4), Mucho (5); Nunca (1), Solo alguna vez (2), Algunas veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5), y Siempre (6).

Validación de los instrumentos

Todo instrumento de recolección de datos debe cumplir tres requisitos esenciales: 1) *validez*, 2) *confiabilidad* y 3) *objetividad*.²¹ La *validez* se refiere al grado en que un instrumento mide la variable que se debe medir. Ejm: Un instrumento válido para medir la autoestima debe medir la autoestima y no la inteligencia. La *confiabilidad* se refiere al grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. Es decir, su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales. Ejm: Si se midiera la temperatura usando un termómetro y este indicara que hay 15°C, un minuto

²¹Hernández, Fernández y Baptista, 200.

más tarde 5°C, tres minutos después 40°; dicho termómetro no es confiable.²² La *objetividad* se refiere al grado en el que un instrumento es o no permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador o investigadores que lo administran, califican e interpretan.²³ Las preferencias ideológicas, políticas, religiosas o de orientación sexual constituyen ejemplos de sesgos del investigador, si estas se llegaran a evidenciar en el trabajo.

La validación de los instrumentos se realizó mediante juicio de tres expertos, quienes evaluaron el contenido, la claridad, concisión y relevancia de los enunciados. Luego se realizó una prueba piloto en una población de 223 personas con edades de 22 a 68 años y con características similares a las de la muestra. Esta prueba sirvió para mejorar la redacción, claridad y concisión de los ítems del instrumento.

Finalmente, se procedió a validar la confiabilidad de los dos instrumentos mediante el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach, el cual permitió estimar la fiabilidad y validez de los mismos. El *Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida* (PEPS-I) complementado con el *Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida* de Arrivillaga obtuvo un Alfa de Cronbach fue de 0.92, valorado como alto o consistente. La consistencia interna del *Cuestionario de Salud* SF-12 alcanzó un Alfa de Cronbach de 0.81, considerado como consistente y fiable. Ver detalle en Apéndice D.

²²F. Kerlinger, *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*, 2ª. ed., Ed. Interamericana (México, D.F.: Editorial Interamericana, 1983), 50.

²³Dona. M., Mertens, *Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods* 4ª ed., (Washington D.C.: Gallaudet University, 2005), 287.

Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de datos se ha seguido un proceso planificado, con el objetivo de asegurar la validez y confiabilidad del mismo. Esta sección permite que otros puedan evaluar la calidad de la información recolectada, así como identificar la forma cómo se realizó el estudio en caso de que se desee repetirlo.²⁴

Aquí es necesario pensar en los posibles errores a fin de prevenirlos. Los errores pueden estar relacionados con el medio ambiente (frío, calor, falta de privacidad, etc); con la situación de los encuestados (hambre, cansancio, hostilidad, poco deseo de participar); o con aspectos relacionados a la persona que recolecta los datos (genera conflicto, no conoce el procedimiento, no percibe bien lo que se está estudiando, etc.).²⁵

Los pasos que se dieron en esta sección fueron: autorización, capacitación, recursos, supervisión y coordinación, proceso y tiempo.²⁶

Autorización. Se solicitó la autorización directa de los administradores de las instituciones involucradas.

Capacitación. Se realizaron sesiones de capacitación al equipo interventor, con la siguiente temática: 1) tratamiento ético de la información obtenida, 2) pasos en la aplicación del instrumento, y 3) forma de abordaje a la población objetivo.

Recursos. Se contó con el apoyo de un grupo de colegas docentes de la UPeU, y se gestionó los recursos financieros para cubrir los gastos de papelería, pasajes, viáticos, equipos e instrumentos.

²⁴Pineda, Alvarado y Canales, 149.

²⁵Ibíd., 149.

²⁶Pineda, Alvarado y Canales, 150-155.

Supervisión y coordinación. Se organizó el trabajo para ubicar a los sujetos de estudio y supervisar la correcta aplicación del instrumento; se entregó a cada colaborador los instrumentos de recolección de datos.

Proceso. Se inició cuando el líder religioso llegó a las reuniones convocadas por las administraciones de los campos respectivos; luego del cual, se dieron las instrucciones sobre el llenado del instrumento previa aceptación verbal de la persona, luego se entregó un lapicero y se procedió al llenado del cuestionario.

Tiempo. La recolección de los datos se realizó en un solo momento. El llenado de la encuesta duró un tiempo aproximado de 10 minutos.

Procesamiento y análisis de datos

En la presente investigación, la información recopilada se procesó mediante el paquete estadístico computacional *Statistical Package of the Social Sciences* (SPSS),²⁷ versión 22.0. Para analizar los datos²⁸ se utilizaron estadísticos descriptivos e inferenciales. Como estadísticos descriptivos se utilizaron la *media aritmética* y la *desviación estándar*,

²⁷IBM SPSS Software, *Top analyst firms position IBM as a leader in data science, predictive analytics and machine learning*, <https://www.ibm.com/analytics/us/en/technology/spss/> (consultado: 20 de mayo, 2017).

²⁸Los datos por sí solos no significan nada, la tabulación y análisis es necesario para determinar cómo se van a agrupar, clasificar y resumir a fin de que signifique algo. Si bien esta fase del trabajo se realiza después de la recolección de los datos, esta debe ser planificada con anticipación, incluyendo qué se hará, en qué consistirá y cómo se llevará a cabo. Previo a la tabulación, es necesario definir las categorías de análisis para las variables cualitativas, la codificación de las variables cuantitativas. Además, se debe revisar los datos originales, depurar la información, verificar los datos faltantes y aquellos que están fuera de rango. En esta sección se determina qué resultados de las variables serán presentadas y qué relaciones entre las variables necesitan ser analizadas, a fin responder al problema planteado. Consiste en prever el paquete estadístico a usar, las técnicas estadísticas que serán aplicadas, las tablas y figuras que se utilizarán respondiendo a los objetivos e hipótesis que permitan la presentación de los objetivos en forma clara y sistemática. Pineda, Alvarado y Canales, 157, 158.

además de tablas de frecuencias y tablas cruzadas. También se utilizaron como estadístico inferencial la prueba Chi cuadrada . Los resultados finales son presentados siguiendo el orden de los objetivos del estudio, los mismos que son expuestos mediante tablas. Se consideró, en esta investigación, una fiabilidad del 95% y un margen de error $\alpha= 0,05$

CAPÍTULO 4

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo de resultados¹ y discusión, se presenta la descripción de las variables sociodemográficas, la descripción de las variables nivel de estilo de vida y nivel de estado de salud, la descripción del estilo de vida y el estado de salud respecto a las variables sociodemográficas cualitativas y la prueba de hipótesis. El capítulo termina con la discusión de los resultados de la investigación.

Descripción de variables sociodemográficas

A continuación, se exponen las principales características cualitativas y cuantitativas de la población estudiada.

La tabla 5 describe las principales características sociodemográficas cualitativas de la población objetivo; mayoritariamente se trata de una población masculina (81.8%), de estado civil casado (92.1%), proveniente de la costa (43.4%), posee título universitario (92.6%), labora en la APCE (32.3%) y desempeña labores pastorales (89.8%).

Tabla 5. Características sociodemográficas cualitativas.

¹Los resultados son el producto del análisis de los datos obtenidos; resume el tratamiento estadístico que se le dio a la información recopilada. En esta sección se presentan los hallazgos más importantes del estudio (según objetivos). Aquí se presenta la información, mediante tablas estadísticas o figuras, las cuales sirven para organizar la información y mostrar los resultados encontrados en el estudio. Hernández, Fernández y Baptista, 509.

Variable	n	%
1. Sexo		
Hombre	157	81.8%
Mujer	35	18.2%
2. Estado civil		
Soltero(a)	13	6.8%
Casado(a)	176	92.1%
Viudo(a)	2	1.0%
Divorciado(a)	0	0.0%
3. Región de procedencia		
Costa	82	43.4%
Sierra	77	40.7%
Selva	30	15.9%
4. Máximo título/grado alcanzado		
Título técnico	14	7.4%
Bachiller	38	20.0%
Título universitario	75	39.5%
Maestría	51	26.8%
Doctorado	12	6.3%
5. Institución donde labora		
APCE	62	32.3%
MICOP	32	16.7%
UPeU	42	21.9%
APCS	56	29.2%
6. Área de desempeño profesional actual		
Pastoral	117	62.2%
Administrativa	17	9.0%
Educativa	35	18.6%
Salud	2	1.1%
Otro	17	9.0%

n = 192

En la tabla 6 se muestra la media aritmética, la desviación estándar, el mínimo y máximo de las edades, número de hijos, peso, talla y años de servicio en la IASD, destacándose una edad media de 44 años y un índice de masa corporal (IMC) en el nivel de sobrepeso (25.81), lo cual indica un ligero riesgo cardíaco, debido al sobrepeso por la acumulación de tejido adiposo.

Tabla 6. Características sociodemográficas cuantitativas.

	Media aritmética	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	44 (años)	12	21	68
Número de hijos	2	1	0	5
Peso	71 (kg)	11	49	108
Talla	1,66 (m)	0,07	1,50	1,87
IMC	25,81	8	19.5	32.8
Años de servicio en la IASD	16,33 (años)	1,75	1	43

n = 192

Descripción del nivel de estilo de vida y nivel de estado de salud

La tabla 7 revela que la mayoría de los líderes religiosos tienen un estilo de vida en el nivel *medio* (44,00%). En cuanto a la percepción del estado de salud, ocurre un fenómeno similar, los participantes mayoritariamente manifiestan un estado de salud en el nivel *medio* (40,45%). Esta realidad amerita la realización de una investigación cuasiexperimental, donde se pueda comprobar el impacto de un programa de cambio de hábitos en el mejoramiento el estado de salud de los participantes.

Tabla 7. Nivel de estilo de vida y nivel estado de salud de los participantes

	<i>Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>Bajo</i>	<i>Total</i>
Estilo de vida	29,1%	44,00%	26,9%	100%
Estado de salud	36,95%	40,45%	22,60%	100%

n = 192

Descripción del estilo de vida y estado de salud respecto a las variables sociodemográficas cualitativas

En la tabla 8 se observa que la mayoría de las damas manifiestan tener un estilo de vida (48,6%) y un estado de salud (40,0%) en el *nivel alto*; en tanto los varones,

concentran sus mayores porcentajes en el nivel *medio*, tanto en lo que se refiere al estado de salud (44.6%) como al estilo de vida (39.5%). Ello expresa un mejor predictor de salud para el género femenino.

Tabla 8. Estilo de vida y estado de salud respecto al sexo.

	Hombre			Mujer		
	<i>Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>Bajo</i>	<i>Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>Bajo</i>
	% del n			% del n		
Estilo de vida	26,8%	39,5%	33,8%	48,6%	31,4%	20,0%
Estado de salud	36,9%	44,6%	18,5%	40,0%	34,3%	25,7%

n = 192

Según la tabla 9, las personas viudas (100%) y solteras (61,5%) perciben su estado de salud en el nivel *alto*, difiriendo en cuanto al estilo de vida (50% y 30,8%).

Tabla 9. Estilo de vida y estado de salud respecto al estado civil.

		Estado civil			
		<i>Soltero(a)</i>	<i>Casado(a)</i>	<i>Viudo(a)</i>	<i>Divorciado(a)</i>
		% del n	% del n	% del n	% del n
Estilo de vida	Bajo	38,5%	31,3%	0,0%	0,0%
	Medio	30,8%	41,5%	50,0%	0,0%
	Alto	30,8%	27,3%	50,0%	0,0%
Estado de salud	Bajo	0,0%	21,6%	0,0%	0,0%
	Medio	38,5%	43,2%	0,0%	0,0%
	Alto	61,5%	35,2%	100,0%	0,0%

n = 192

La tabla 10 indica que la mayoría de los líderes poseen un estilo de vida en el nivel *medio*, independientemente de la región de procedencia. En cuanto al estado de salud se repite el mismo fenómeno, excepto con aquellos que proceden de la costa cuyo porcentaje está en el nivel *alto* (41,5%).

Tabla 10. Estilo de vida y estado de salud respecto a la región de procedencia.

		Región de procedencia		
		<i>Costa</i>	<i>Sierra</i>	<i>Selva</i>
		% del n	% del n	% del n
Estilo de vida	Bajo	31,7%	31,2%	30,0%
	Medio	37,8%	44,2%	40,0%
	Alto	30,5%	24,7%	30,0%
Estado de salud	Bajo	19,5%	20,8%	13,3%
	Medio	39,0%	44,2%	50,0%
	Alto	41,5%	35,1%	36,7%

n = 192

En la tabla 11 se advierte que el estilo de vida y la percepción del estado de salud están en el nivel *alto* en quienes han alcanzado el grado académico de doctor (41,7% y 58,3%), en tanto que los que solo tienen el título de técnico, sus mayores porcentajes están en el nivel *bajo*. Con ello se corrobora el estudio de Aguilar-Palacio, Carrera-Lasfuentes y Rabanaque, quienes manifiestan que, a mayor nivel educativo, mejor estado de salud.²

Tabla 11. Estilo de vida y estado de salud respecto al máximo título o grado alcanzado.

		Máximo título o grado alcanzado				
		<i>Título técnico</i>	<i>Bachiller</i>	<i>Título universitario</i>	<i>Maestría</i>	<i>Doctorado</i>
		% del n	% del n	% del n	% del n	% del n
Estilo de vida	Bajo	50,0%	44,7%	29,3%	21,6%	16,7%
	Medio	42,9%	36,8%	41,3%	43,1%	41,7%
	Alto	7,1%	18,4%	29,3%	35,3%	41,7%
Estado de salud	Bajo	42,9%	18,4%	12,0%	23,5%	16,7%
	Medio	28,6%	47,4%	50,7%	37,3%	25,0%
	Alto	28,6%	34,2%	37,3%	39,2%	58,3%

n = 192

²Isabel Aguilar-Palacio, Patricia Carrera-Lasfuentes y M. José Rabanaque, “Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012)”, *Gac Sanit* 1, no. 29 (2015): 37– 43, en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114002015> (consultado: 12 de julio, 2016).

La tabla 12 revela que el nivel *alto* de estilo de vida solo es alcanzado por los líderes religiosos de la UPeU (40,5%). Asimismo, se advierte un nivel *medio* de estado de salud en los líderes de las cuatro instituciones participantes en el estudio.

Tabla 12. Estilo de vida y estado de salud respecto a la institución donde labora.

		Institución donde labora			
		<i>APCS</i>	<i>APCE</i>	<i>MICOP</i>	<i>UPeU</i>
		% del n	% del n	% del n	% del n
Estilo de vida	Bajo	37,5%	27,4%	37,5%	23,8%
	Medio	28,6%	54,8%	43,8%	35,7%
	Alto	33,9%	17,7%	18,8%	40,5%
Estado de salud	Bajo	23,2%	19,4%	12,5%	21,4%
	Medio	41,1%	43,5%	46,9%	40,5%
	Alto	35,7%	37,1%	40,6%	38,1%

n = 192

La tabla 13 muestra que el mayor porcentaje de los líderes manifiestan un estilo de vida en el nivel *medio*, repitiéndose la misma tendencia en cuanto al estado de salud.

Tabla 13. Estilo de vida y estado de salud respecto al área de desempeño profesional.

		Área de desempeño profesional			
		<i>Pastoral</i>	<i>Administrativa</i>	<i>Educativa</i>	<i>Salud</i>
		% del n	% del n	% del n	% del n
Estilo de vida	Bajo	36,8%	41,2%	14,3%	0,0%
	Medio	35,0%	41,2%	48,6%	50,0%
	Alto	28,2%	17,6%	37,1%	50,0%
Estado de salud	Bajo	21,4%	17,6%	20,0%	0,0%
	Medio	40,2%	41,2%	45,7%	50,0%
	Alto	38,5%	41,2%	34,3%	50,0%

n = 192

Prueba de hipótesis

H₁: Existe relación significativa entre las características sociodemográficas y el nivel de estilo de vida de los líderes religiosos de Lima, 2016.

H₀: No existe relación significativa entre las características sociodemográficas y el nivel de estilo de vida de los líderes religiosos de Lima, 2016.

Según la tabla 14, la única característica sociodemográfica que tiene relación significativa con el estilo de vida es la *institución donde labora* (0,031), para un nivel de significancia $\alpha = 0,05$, comprobándose parcialmente la primera hipótesis alterna (H₁).

Tabla 14. Relación de las características sociodemográficas con el estilo de vida.

Características demográficas	Estilo de vida		
	Chi cuadrada	gl	Sig
Sexo	2,534	2	0,282
Estado civil	1,631	4	0,803
Región de procedencia	0,946	4	0,918
Máximo título/grado alcanzado	11,747	8	0,163
Institución donde labora	13,892	6	0,031
Área de desempeño profesional actual	13,372	8	0,100

H₂: Existe relación significativa entre las características sociodemográficas y la percepción del estado de salud de los líderes religiosos de Lima, 2016.

H₀: No existe relación significativa entre las características sociodemográficas y la percepción del estado de salud de los líderes religiosos de Lima, 2016.

La tabla 15 muestra que, de todas las características sociodemográficas, la única que evidencia leve relación con la percepción del estado de salud es el *estado civil* (0,076), sin embargo, por ser esta mayor que el valor de $\alpha = 0,05$, se rechaza la hipótesis alterna (H₁) y se acepta la hipótesis nula (H₀), es decir, no existe evidencia suficiente para

aseverar dicha relación; no obstante, existen diversos estudios tales como el de Simó-Noguera, Hernández-Monleón, Muñoz-Rodríguez y González-Sanjuán quienes aseveran que, al menos, el estado civil sí repercute en la percepción del estado de salud de las personas.³

Tabla 15. Relación de las características sociodemográficas con la percepción del estado de salud.

Características demográficas	Percepción del estado de salud		
	Chi cuadrado	Gl	Sig
Sexo	1,541	2	0,463
Estado civil	8,464	4	0,076
Región de procedencia	1,759	4	0,780
Máximo título/grado alcanzado	11,703	8	0,165
Institución donde labora	1,616	6	0,951
Área de desempeño profesional actual	3,009	8	0,934

Discusión de resultados

El objetivo de esta investigación fue verificar la relación de las características sociodemográficas con el estilo de vida y la percepción del estado de salud en una población conformada por líderes religiosos de Lima Metropolitana.

Se encontró que el nivel de estilo de vida y la percepción del estado de salud están mayoritariamente en el nivel *alto*, en quienes alcanzaron el grado de doctor; mientras, los que tienen título de técnico, revelan sus mayores porcentajes en el nivel *bajo*. Este resultado corrobora el estudio hecho por Aguilar-Palacio, Carrera-Lasfuentes y Rabanaque (2015), quienes encontraron asociación significativa entre la percepción del estado de salud y el nivel educativo.

³Carles Simó-Noguera, Andrea Hernández-Monleón, David Muñoz-Rodríguez y M. Eugenia González-Sanjuán, “El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud”. *Rev. Esp. Investig. Sociol*, no. 151 (2015): 141-166, http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/Reis_151_Article_08143625_6975683.pdf (consultado: 10 de julio de 2016).

En cuanto a la primera hipótesis específica, se observa que la única variable sociodemográfica que tiene relación significativa con el estilo de vida, es la *institución donde labora* el líder religioso (0.031); sin embargo, no se encontró evidencia en la literatura que corrobore o discrepe con este resultado. Frente a ello, se sugiere realizar otras investigaciones para corroborar este dato.

En lo que respecta a la segunda hipótesis específica, no se encontró relación significativa con ninguna de las variables sociodemográficas; sin embargo, se percibe una leve relación entre el *estado civil* y la percepción del estado de salud (0.076). Este dato armoniza con el estudio de Simó-Noguera et al. (2015), quienes manifiestan que el *estado civil* sí tiene relación con el estado de salud. Por otro lado, el resultado de la segunda hipótesis específica, difiere con el estudio de Rebollo y Núñez (1998), donde se afirma que sí existe relación significativa del estado de salud con el *género* y el *nivel educativo*.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En relación a las variables sociodemográficas, se destaca el hecho de que el sexo femenino posee un mejor nivel de estilo de vida y una mejor percepción de estado de salud, alcanzando su mayor porcentaje en el nivel *alto*; en tanto que los varones concentran sus mayores porcentajes en el nivel *medio*. Asimismo, la mayoría de los líderes solteros tienen un nivel de estado de salud *alto*, difiriendo ligeramente con el nivel de estilo de vida. En cuanto al estilo de vida y el estado de salud, independiente de la región de procedencia, los participantes alcanzan el nivel *medio*.

En cuanto a la primera hipótesis específica, el estudio encontró que la única variable sociodemográfica que tiene relación significativa con el estilo de vida es la *institución donde labora* el líder religioso (0.031); sin embargo, no se halló evidencia en la literatura que corrobore o discrepe con este dato. Frente a ello, se sugiere realizar otras investigaciones para corroborar este resultado.

En lo que respecta a la segunda hipótesis específica, no se encontró relación significativa con ninguna de las variables sociodemográficas; sin embargo, se percibe leve relación entre el *estado civil* y la percepción del estado de salud (0.076). Este dato armoniza, en parte, con el estudio de Simó-Noguera et al. (2015) quienes manifiestan que el estado civil sí tiene relación con la salud. Por otro lado, este resultado difiere con el

estudio de Rebollo y Núñez (1998), donde se afirma que existe sí relación significativa del estado de salud con el *género* y el *nivel educativo*.

En cuanto a la hipótesis general, se concluye que las variables sociodemográficas no se relacionan significativamente con el estilo de vida, ni con la percepción del estado de salud, excepto la variable *institución donde labora* con el estilo de vida del líder religioso (0.031). Sin embargo, esto no descarta por completo las hipótesis planteadas, simplemente muestra que, en este estudio, no hay suficiente evidencia para llegar a tales conclusiones, las mismas que podrían ser evidenciadas en estudios posteriores. Todo ello, permite plantear las siguientes recomendaciones.

Recomendaciones

Realizar otros estudios correlacionales que permitan verificar la relación entre las variables sociodemográficas con el estilo de vida y/o con el estado de salud. En este caso, se sugiere incluir las variables cuantitativas y aplicarlas en una muestra mayor elegida de manera aleatoria.

Efectuar investigaciones experimentales para evaluar el efecto de un programa de promoción de estilos de vida saludables, orientados a mejorar la calidad de vida mediante acciones educativas siguiendo la metodología PRECEDE – PROCEDE.

Evaluar el impacto del programa “Viva mejor con más salud” implementado por la División Sudamericana de la IASD, con el objetivo de verificar su efectividad en la mejora del estilo de vida y el estado de salud de la población adventista.

En un siguiente estudio, debe evaluarse por separado cada uno de las dimensiones del estilo de vida de los participantes, destacando la práctica del descanso por ser un hábito fundamental para una vida saludable.

Elaborar investigaciones cualitativas, con el objetivo de profundizar el conocimiento sobre áreas específicas del estilo de vida y/o el estado de salud que no han sido evaluadas mediante la metodología cuantitativa.

Considerar los resultados de este estudio, a fin de implementar acciones que fortalezcan las seis metas propuestas por la IASD para el cumplimiento de la misión.

APÉNDICE A:

CUESTIONARIO SOBRE ESTILO DE VIDA Y PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

- I. INTRODUCCIÓN.** Este cuestionario tiene como propósito de levantar la información sobre Estilo de vida y Percepción del estado de salud. Esta información será de mucha importancia para desarrollar la investigación. Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si es que no lo desea. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo decide.

He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.

- II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.** Llene los espacios en blanco y/o encierre en un círculo el número cuya respuesta corresponda con la suya.

1	Sexo:	8	Máximo título/grado alcanzado:
	1. Hombre		1. Título técnico
	2. Mujer		2. Bachiller
2	Edad: _____ años cumplidos		3. Título universitario
3	Estado civil:		4. Maestría
	1. Soltero (a)		5. Doctorado
	2. Casado (a)	9	Institución donde labora:
	3. Viudo (a)		_____
	4. Divorciado (a)	10	Tiempo de servicio en la IASD: _____
	5. Conviviente		
4	Región de procedencia:	11	Área de desempeño profesional actual:
	1. Costa		1. Pastoral
	2. Sierra		2. Administrativa
	3. Selva		3. Educativa
5	Número de hijo: _____		4. Salud
			5. Otro, especifique: _____
6	Peso: _____ kg		
7	Talla: _____ m		

- III. ESTILO DE VIDA:** Marque con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor su forma de ser o vivir.

1 = Nunca	2 = Algunas veces	3 = A menudo	4 = Siempre
-----------	-------------------	--------------	-------------

1.	¿Se siente feliz y contento(a)?	1	2	3	4
2.	¿Es consciente de sus capacidades y debilidades	1	2	3	4

	personales?				
3.	¿Trabaja en apoyo de metas a largo plazo en su vida?	1	2	3	4
4.	¿Mira hacia el futuro?	1	2	3	4
5.	¿Es consciente de lo que le importa en la vida?	1	2	3	4
6.	¿Respeta sus propios éxitos?	1	2	3	4
7.	¿Se quiere a sí misma(o)?	1	2	3	4
8.	¿Ve cada día como interesante y desafiante?	1	2	3	4
9.	¿Encuentra agradable y satisfecho el ambiente de su vida?	1	2	3	4
10.	¿Es realista en las metas que se propone?	1	2	3	4
11.	¿Cree que su vida tiene un propósito?	1	2	3	4
12.	¿Es entusiasta y optimista con referencia a su vida?	1	2	3	4
13.	¿Cree que está creciendo y cambiando personalmente en dirección positiva?	1	2	3	4
14.	Cuando usted tiene problemas, ¿recurre a Dios en primer lugar?	1	2	3	4
15.	¿Le es fácil perdonar, a los que le ofenden?	1	2	3	4
16.	¿Realiza su devoción personal todos los días?	1	2	3	4
17.	¿Realiza el culto familiar matutino todos los días?	1	2	3	4
18.	¿Realiza el culto familiar vespertino todos los días?	1	2	3	4
19.	¿Lee revistas o folletos sobre cómo cuidar su salud?	1	2	3	4
20.	¿Relata al médico cualquier síntoma extraño relacionado con su salud?	1	2	3	4
21.	¿Le pregunta a otro médico o busca otra opción cuando no está de acuerdo con lo que el suyo le recomienda para cuidar su salud?	1	2	3	4
22.	¿Discute con profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de su salud?	1	2	3	4
23.	¿Hace medir su presión arterial y sabe interpretar el resultado?	1	2	3	4
24.	¿Asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente?	1	2	3	4
25.	¿Pide información a los profesionales para cuidar de su salud?	1	2	3	4
26.	¿Observa al menos cada mes su cuerpo para ver cambios físicos?	1	2	3	4
27.	¿Asiste a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal?	1	2	3	4
28.	¿Conoce el nivel de colesterol en su sangre (miligramos en sangre)?	1	2	3	4
29.	¿Realiza ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana?	1	2	3	4
30.	¿Participa en programas o actividades de ejercicio físico	1	2	3	4

	bajo supervisión?				
31	¿Mide su pulso cardíaco durante el ejercicio físico?	1	2	3	4
32	¿Realiza actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo?	1	2	3	4
33	¿Realiza ejercicio físico para relajar sus músculos al menos 3 veces a la semana?	1	2	3	4
34	¿Incluye momentos de descanso en su rutina diaria?	1	2	3	4
35	En su tiempo libre ¿realiza actividades de recreación (leer, pasear)?	1	2	3	4
36	¿Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales?	1	2	3	4
37	¿Duerme al menos 7 horas diarias?	1	2	3	4
38	¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?	1	2	3	4
39	¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?	1	2	3	4
40	¿Hace siesta?	1	2	3	4
41	¿Se mantiene con sueño durante el día?	1	2	3	4
42	¿Utiliza pastillas para dormir?	1	2	3	4
43	¿Respeta sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades?	1	2	3	4
44	¿Toma un buen desayuno todos los días?	1	2	3	4
45	¿Come tres comidas al día?	1	2	3	4
46	¿Lee las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)?	1	2	3	4
47	¿Incluye en su dieta alimentos que contienen fibra (ejemplo: granos enteros frutas crudas, verduras crudas)?	1	2	3	4
48	¿Planea o escoge comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)?	1	2	3	4
49	¿Selecciona comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que te eleven tu presión arterial)?	1	2	3	4
50	¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?	1	2	3	4
51	¿Consume agua u otro tipo de bebidas durante o inmediatamente después de las comidas?	1	2	3	4
52	¿Bebe agua inmediatamente después de levantarse?	1	2	3	4
53	¿Añade sal a las comidas en la mesa?	1	2	3	4
54	¿Añade azúcar a las bebidas en la mesa?	1	2	3	4
55	¿Consume bebidas cafeinadas (gaseosas, frugos, té, café, etc.)?	1	2	3	4
56	¿Consume dulces, helados y pasteles?	1	2	3	4
57	¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?	1	2	3	4

58	¿Consume pescado y/o pollo como parte de su dieta?	1	2	3	4
59	¿Come entre comidas?	1	2	3	4
60	¿Consume carnes rojas como parte de su dieta?	1	2	3	4
61	¿Consume embutidos (hot dog, salchicha, jamón, etc.)?	1	2	3	4
62	¿Consume productos ahumados (pollo a la brasa, anticucho, parrilla, etc.)?	1	2	3	4
63	¿Mantiene un horario regular en las comidas?	1	2	3	4
64	¿Discute con personas cercanas sus preocupaciones y problemas personales?	1	2	3	4
65	¿Elogia fácilmente a otras personas por sus éxitos?	1	2	3	4
66	¿Le gusta expresar y que le expresen cariño personas cercanas a Ud?	1	2	3	4
67	¿Mantiene relaciones interpersonales que le dan satisfacción?	1	2	3	4
68	¿Pasa tiempo con amigos cercanos?	1	2	3	4
69	¿Expresa fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros?	1	2	3	4
70	¿Le gusta mostrar y que le muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que le importan (papás, familiares, profesores y amigos)?	1	2	3	4
71	¿Es consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en su vida?	1	2	3	4
72	¿Pasa de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación?	1	2	3	4
73	¿Relaja conscientemente sus músculos antes de dormir?	1	2	3	4
74	¿Se concentra en pensamientos agradables a la hora de dormir?	1	2	3	4
75	¿Encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos?	1	2	3	4
76	¿Usa métodos específicos para controlar la tensión (nervios)?	1	2	3	4
77	¿Toma tiempo cada día para el relajamiento al aire libre?	1	2	3	4

IV. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted percibe respecto a su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

- Marque una sola respuesta en cada pregunta
- A continuación, encierre en un círculo el número que más le parezca cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Mala 2. Regular 3. Buena 4. Muy buena 5. Excelente

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.				
		Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
2.	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	1	2	3
3.	Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	1	2	3

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas durante las 4 últimas semanas.			
		Sí	No
4.	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	1	2
5.	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1	2
6.	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1	2
7.	¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? NFA	1	2

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)

1. Nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
------------	---------------	---------------	----------------	-------------

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.								
La representación numérica es como sigue: 1. Nunca 2. Solo alguna vez 3. Algunas veces 4. Muchas veces 5. Casi siempre 6. Siempre								
9.	¿Se ha sentido tranquilo y sosegado?	1	2	3	4	5	6	
10.	¿Ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6	
11.	¿Se ha sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6	
12.	¿La salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1	2	3	4	5	6	

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

APÉNDICE B: MATRIZ INSTRUMENTAL

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	ESCALA VALORATIVA	INSTRUMENTO
Sexo	Masculino y Femenino	Masculino y Femenino	Sexo	1. Masculino 2. Femenino	Cuestionario, sección datos, sociodemográficos.
Estado civil	Soltero, Casado, Viudo, Divorciado,	Soltero, Casado, Viudo, Divorciado	Estado civil	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado	
Región de procedencia	Costa Sierra Selva	Costa Sierra Selva	Región de procedencia	1. Costa 2. Sierra 3. Selva	
Nivel educativo	Título técnico Bachiller Título universitario Maestría Doctorado	Título técnico Bachiller Título universitario Maestría Doctorado	Nivel educativo	1. Título técnico 2. Bachiller 3. Título universitario 4. Maestría 5. Doctorado	
Institución donde labora	APCE MICOP UPeU APCS	APCE MICOP UPeU APCS	Institución donde labora	1. APCE 2. MICOP 3. UPeU 4. APCS	Cuestionario de Estilo de Vida, adaptado del cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga, M., Salazar, I. y Gómez, I. (2002)
Área de desempeño profesional actual	Pastoral Administrativa Educativa Salud Otro	Pastoral Administrativa Educativa Salud Otro	Área de desempeño profesional actual	1. Pastoral 2. Administrativa 3. Educativa 4. Salud 5. Otro.	
Estilo de Vida	Actividad física y deporte	Actividad física y deporte	Ítems: 29-33	1. Nunca 2. Algunas veces	
	Recreación y descanso	Recreación y descanso	Ítems: 34-43,72-74, 76,77	3. A menudo 4. Siempre	
	Autocuidado	Autocuidado	Ítems: 19 - 28		
	Hábitos alimenticios	Hábitos alimenticios	Ítems: 44 - 63		
	Confianza en Dios	Confianza en Dios	Ítems: 14-18		
	Relaciones interpersonales	Relaciones interpersonales	Ítems: 64 -71, 75		
	Bienestar psicológico	Bienestar psicológico	Ítems: 1-13		

Percepción del estado de salud	Función física	Función física	Ítems: 2 y 3	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada	Cuestionario de calidad de vida (SF-12), versión reducida del SF-36. El nombre original es: <i>Medical Outcomes Survey Short-Form General Health Survey (SF-12)</i> . Este cuestionario fue adaptado al español por Alonso, Prieto y Antó (1995). Para cada una de las 8 dimensiones, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).
	Rol físico	Limitaciones del rol: problemas físicos	Ítems: 4 y 5	1. Sí 2. No	
	Dolor corporal	Dolor corporal	Ítem: 8	1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho	
	Salud general	Percepción de la salud general	Ítem: 1	1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala	
	Vitalidad	Vitalidad	Ítem: 10	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca	
	Función social	Función social	Ítem: 12	1. Sí 2. No	
	Rol emocional Salud mental	Limitaciones del rol: problemas emocionales Salud mental	Ítems: 6 y 7 Ítems: 9 y 11	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca	

APÉNDICE C: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	BASES TEÓRICAS
Características sociodemográficas y su relación con el estilo de vida y la percepción del estado de salud en líderes religiosos de Lima, 2015.	Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Tipo:	Características sociodemográficas
	¿Existe relación de las características sociodemográficas con el nivel de estilo de vida y la percepción del estado de salud en líderes religiosos de Lima, 2015?	Determinar la relación de las características sociodemográficas con el nivel de estilo de vida y la percepción del estado de salud en líderes religiosos de Lima, 2015.	Hi: Las características sociodemográficas se relacionan significativamente con el nivel de estilo de vida y la percepción del estado de salud de líderes religiosos de Lima, 2015.	Descriptivo y correlacional.	Son un conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en una determinada población.
	Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específica	Diseño:	Las variables sociodemográficas consideradas en esta investigación son: sexo, estado civil, región de procedencia, nivel educativo, institución donde labora y área de desempeño profesional actual.
	1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los líderes religiosos?	1. Describir las características sociodemográficas de los líderes religiosos.	H ₁ : Existe relación significativa entre las características sociodemográficas y el estilo de vida de los líderes religiosos.	No experimental, de corte transversal.	Estilo de vida
	2. ¿Cuál es el nivel de estilo de vida y nivel de estado de salud de los líderes religiosos?	2. Describir el nivel de estilo de vida y nivel de estado de salud de los líderes religiosos.	Ho ₁ : No existe relación entre las características sociodemográficas y el estilo de vida de los líderes religiosos.	Unidad de análisis: Líderes religiosos que laboran en cuatro instituciones adventistas: APCE, APC, UPeU y MICOP	Se refiere a “la manera general de vivir basado en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos”. En esta investigación se
	3. ¿Cómo se distribuyen las características sociodemográficas respecto al nivel de estilo de vida y nivel de percepción del estado de salud de los líderes religiosos?	3. Describir la distribución de las características sociodemográficas respecto al nivel de del estilo de vida y nivel de percepción estado de salud los líderes religiosos.	H ₂ : Existe relación significativa entre las características sociodemográficas y la percepción del estado de salud de los líderes religiosos.	Población: 770 líderes religiosos.	
				Muestra: 192 líderes religiosos.	

4. ¿Cómo se relacionan las características sociodemográficas con el estilo de vida de los líderes religiosos?	4. Determinar la relación las características sociodemográficas con el estilo de vida de los líderes religiosos.	Ho ₂ : No existe relación entre las características sociodemográficas y la percepción del estado de salud de los líderes religiosos.	evaluaron nueve dimensiones del Estilo de Vida: Actividad física y deporte, Recreación y descanso, Autocuidado, Hábitos alimenticios, Confianza en Dios, Relaciones interpersonales y Bienestar psicológico.
5. ¿Cómo se relacionan las características sociodemográficas con la percepción del estado de salud de los líderes religiosos?	5. Determinar la relación las características sociodemográficas con la percepción del estado de salud de los líderes religiosos.		Percepción del estado de salud Se define como la evaluación subjetiva que una persona hace de su vida sobre la base de diferentes áreas de la misma, fundamentalmente de su estado físico, funcional, psicológico y social”. En presente estudio se midieron ocho dimensiones del estado de salud: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental.

APÉNDICE D:

RESUMEN DE PRUEBAS DE CONSISTENCIA
INTERNA DE VARIABLES Y DIMENSIONES

Etilo de vida

FIABILIDAD GLOBAL:
ESTILO DE VIDA

Alfa de Cronbach	N de elementos
,923	77

Fiabilidad: Actividad física y deportes

Alfa de Cronbach	N de elementos
,803	5

Fiabilidad: Descanso y recreación

Alfa de Cronbach	N de elementos
,696	15

Fiabilidad: Autocuidado

Alfa de Cronbach	N de elementos
,883	10

Fiabilidad: Hábitos alimenticios

Alfa de Cronbach	N de elementos
,767	20

Fiabilidad: Confianza en Dios

Alfa de Cronbach	N de elementos
,652	5

Fiabilidad: Relaciones interpersonales

Alfa de Cronbach	N de elementos
,799	9

Fiabilidad: Bienestar psicológico

Alfa de Cronbach	N de elementos
,870	13

Percepción del estado de salud**FIABILIDAD GLOBAL: PERCEPCIÓN DEL
ESTADO DE SALUD**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,818	12

Fiabilidad: Función física

Alfa de Cronbach	N de elementos
,748	2

Fiabilidad: Rol físico

Alfa de Cronbach	N de elementos
,717	2

Fiabilidad: Rol emocional

Alfa de Cronbach	N de elementos
,783	2

Fiabilidad: Salud mental

Alfa de Cronbach	N de elementos
,724	2

APÉNDICE E:

HOJAS DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, Antonio. "Percepción del estado de salud". *Rev Mult Gerontol* 13, no. 5 (2003): 340-342.
- Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P. y Rabanaque M. "Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012)", *Gac Sanit* 1, no. 29 (2015): 37- 43. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114002015> (consultado: 12 de julio, 2016).
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. y de la Fuente, L. "Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36". *Med Clin Barc*, no. 111 (1998): 410-416.
- Alonso, J., Prieto, L., Anto, J.M. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin. Barc.* no. 104 (1995): 771-776.
- Andreu, Antonio. "El cuidado corresponsable. Recomendaciones: La importancia del autocuidado". http://www.informefitforlife.es/recomendaciones_ciudadano_recomendaciones_importancia.html (consultado: 17 de noviembre, 2016).
- Arias, Fidias. *Mitos y errores en la elaboración de tesis y proyectos de investigación*. Caracas: Editorial Episteme, 1998.
- Arnott, Tim. *Las 24 maneras realistas del Dr. Arnott para mejorar su salud*. Napa, Idaho: Pacific Press Publishing Association, 2005.
- Arrivillaga, Marcela y Salazar, Isabel C., y Gómez, I. "Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos". *Rev. Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, no. 1 (2005): 19-36.
- Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/> (consultado: 7 de diciembre, 2015).
- Ávila, Roberto. *Guía para elaborar la tesis: metodología de la investigación; cómo elaborar la tesis y/o investigación*. Lima: Ediciones R.A., 2001.
- Azofeifa, Isaac Felipe. *Guía para la investigación y desarrollo de un tema*. San José, Costa Rica: Departamento de Publicaciones de la Universidad de Costa Rica, 1975.

- Balderas, María de la Luz. *Administración de los servicios de enfermería*. México DF.: McGraw-Hill Interamericana, 2005.
- Bassuk, S.S., Manson J.E. “Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease”. *J Appl Physiol* 3, no. 99 (2005): 1193-204.
- Biblia, *Versión Reina-Valera, versión 1960*, renovado en 1986, perteneciente a las Sociedades Bíblicas Unidas. 1995.
- Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl et al. *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Ginebra (Suiza): Foro Económico Mundial 2011. http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf (consultado: 1 de febrero, 2013).
- Botell, M. y Lugones. “Algunas consideraciones sobre la calidad de vida”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, no. 4 (2002): s/n.
- Briones, Guillermo. *Métodos y técnicas avanzadas de investigación aplicadas a la educación y a las ciencias sociales: Epistemología y metodología de la investigación social*, 2 ed. Santa Fe de Bogotá, Colombia: Corporación Editorial Universitaria de Colombia, 1988.
- Busdiecker, S., Castillo, C. y Salas, I. “Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica”. *Rev Chil Pediatr* 71, no.1 (2000): 5-11
- Cabrera, M.E., Agostini, M.T. y Victoria García-Viniegras, C R. “Calidad de vida y trabajo comunitario integrado. Sistema de indicadores para la medición de la calidad de vida”. Reporte de investigación. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, 1998. 20-26
- Carrasco, S. *Metodología de investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Lima: Editorial San Marcos, 2009.
- Castillo, L., y M. Vilchez. “Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor, Asentamiento Humano Sánchez Milla, Nuevo Chimbote, 2013”. <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/841> (consultado: 20 de marzo, 2017).
- Cockerham, W.C. “New directions in health lifestyle research. *International Journal of Public Health*” 52, no. 6 (2007): 327-8.
- Dean, K. “Self Care Comoorints ot Lifestyles. The Importance of Gendir, Attitudes and the Social Situacion”. *Soc Sci Med* 29, no. 2 (1989):137-152.
- Del Águila, Roberto. *Promoción de estilos de vida saludables y prevención de*

enfermedades crónicas en el adulto mayor. <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111> (consultado: 21 de agosto de 2016).

De Oliveira, Enoch. *La mano de Dios al timón*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1986, 64. Sitio oficial de la IASD. <https://www.adventist.org/es/> (consultado: 2 de agosto, 2016).

Díaz, Vega Felicitas Elena. “Percepción del estado de salud y estilo de vida en trabajadores de una refinería”. Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León, México, 2001. <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080093843.pdf> (consultado: 12 de abril, 2016).

Díaz, Jaime. “Bases de la medicina clínica, Unidad 6: Nutrición. Tema 6.6: Dislipidemias”. Santiago de Chile: Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. http://www.basesmedicina.cl/nutricion/606_dislipidemias/66_nutricion_dislipidemias.pdf (consultado: 5 de mayo, 2016).

Diccionarios S. M. “Vida”. http://clave.librosvivos.net/_verficha.asp?idelementoaver=16535&cadena=estilo (consultado: 15 de junio, 2015).

División Sudamericana de la Asociación General de los Adventistas del Séptimo Día. *Reglamentos eclesiásticos administrativos*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 2002.

División Sudamericana de los Adventistas del Séptimo Día. *Reglas de orden para las reuniones administrativas de la iglesia*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 2014.

Elliot, E. *Health-enhancing and health-compromising lifestyles*. In: Millstein S., Petersen A., Nightingale E., editors. *Promoting the health of adolescents New directions for the twenty-first century*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

Espinosa, G. Leticia. “Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad”. *Rev. Cubana Estomatol* 41, no. 3 (2004), citado por Guerrero y León, “Estilo de vida y salud: Un problema socioeducativo, antecedentes”. *EDUCERE* 14, no. 49 (2010): 28, 29.

Espíndula, Joelma, Elizabeth Martins Do Valle, Ángela Ales Bello, “Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud”, *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18, no. 6 (2010): 08, nov.-dec. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_25.pdf (consultado: 02 de abril, 2017).

Foster, Vernon W. *New Start*. Boise, Idaho: Pacific Press Publishing Association, 1990.

Frenk, Julio y Octavio Gómez-Dantés. “La globalización y la nueva salud pública”. *Salud Pública de México* 49, no. 2 (2007): 157 - 170.

- Gálvez, Cesar. *Poder para cambiar los hábitos de manera feliz y para siempre*. Lima: Editorial Imprenta Unión, 2002.
- Gallegos-Juárez, I.G., Y.Y. Ponce-Samaniego, M.T. Sempere-Selva, y J.M. Ramos-Rincón. “Estilos de vida, salud autopercibida y utilización de los servicios sanitarios en inmigrantes de Paraguay y Bolivia residentes en la ciudad de Elche”. *Semergen*, 8, no. 38 (2012): 432-438.
- Gavilán, Francisco. “El verdadero secreto de la salud: Las relaciones humanas”. <http://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/s306reportaje.pdf> (consultado: 20 de noviembre, 2016).
- Gil, Piédrola. *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Elsevier, 2003.
- Giraldo, Alex. “Recreación y deporte”. <http://licenciadoalexgiraldo.blogspot.pe/2009/08/definiciones-del-concepto-de-recreacion.html> (consultado: 16 de noviembre, 2016).
- González-Celis A.L. *Calidad de vida en el adulto mayor. Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria*. México D.F.: Instituto de Geriatria, 2006.
- Grajales, Tevni, *Cómo elaborar una propuesta de investigación*. Montemorelos, México: Editorial Montemorelos, 2004.
- Granda, E. “¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?”. Universidad Nacional de Loja. Organización Panamericana de la Salud. *Revista Cubana Salud Pública* 30, no. 2 (2004). http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm#cargo (consultado: 9 de marzo, 2015).
- Grimaldo, Mirian Pilar. “Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima”. *Pensamiento Psicológico* 8, no. 15 (2010): 17-38.
- González, Pablo. “Actividad física y estilos de vida saludable”. <http://actividadfisicayestilosvidasaludable.blogspot.pe> (consultado: 17 de noviembre, 2016).
- Gutiérrez, E.J., González, R., Carrasco y Sarue, D. “Antecedentes para la proposición de un modelo de salud emergente”. *Cuad Med Soc*, no. 29 (1988): 139-143.
- Hernández, Roberto; Fernández, Carlos; y Baptista, Pilar. *Metodología de la investigación*, 6ta. ed. México D. F.: McGraw Hill. Interamericana, 2014.
- Huerta, Elmer. *La salud ¡Hecho fácil!* New York: CA. PRES, 2012.
- Holt-Lunstad, J., Timothy, B., Smith, y Bradley Layton, J. “Social Relation-ships and Mortality Risk: A Meta-Analytic Review”. *PLOS Medicine* 7, no.7 (2010): 1-4.
- Hu, Frank. “Physical Activity and Risk for Cardiovascular Events in Diabetic Womens”.

- Ann Intern Med* 134, no. 8 (2001): 96-105.
- Hu, Frank. "Walking Compare With Vigorous Physical Activity and Risk of Type 2 Diabetes in Women: A Prospective Study". *Journal of the American Medical Association*, no. 282 (1999): 1433-1439.
- IBM SPSS Software. *Top analyst firms position IBM as a leader in data science, predictive analytics and machine learning*. <https://www.ibm.com/analytics/us/en/technology/spss/> (consultado: 20 de mayo, 2017).
- Iglesia Adventista de Séptimo Día, Asociación General. *Manual de iglesia*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 2011.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1152/cap01.pdf (consultado: 12 de enero, 2016).
- Jiménez, E. Daniel. "Estilo de vida: Instrumento en programas de promoción de la salud". *Rev. Méd. Chile* 121, no. 5 (1993): 574-580.
- Kaplan, G. y Cowles, A. "Health Locus of Control and Health Value in the Prediction of Smoking Reduction". *Health Education Monographs*. Spring, (1978), 29-137.
- Kerlinger, F. *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*, 2ª. ed. México, D.F.: Editorial Interamericana, 198.
- Kickbusch, I. "Life-Styles and Health". *Social Science & Medicine* 22, no. 2 (1986):117-24.
- Kolbe, L. *Improving the health status of children*. En G. Campbell (Ed). *Health education and youth: A Review o research an developments*. Philadelphia: Falmer Press, 1984. Citado por Jiménez, 277.
- Lalonde, M., *A new perspective on the health of canadians - a working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada, 1974.
- Lerma, Héctor Daniel. *Metodología de la investigación: Propuesta, anteproyecto y proyecto*. Bogotá: Litoperla Editores, 2002.
- Lobelo, F., Pate, R., Parra, D., Duperly, J. y Pratt, M. "Carga de mortalidad asociada a la inactividad física en Bogotá". *Rev salud pública* 8, no. 2 (2006): 28-41.
- Lozano, César. "Ejercicio físico". <http://primerofamilia.com/ejercicio-fisico/> (consultado:10 de octubre 2016).
- Mantilla, S.C. "Actividad física en habitantes de 15 a 49 años de una localidad de Bogotá, Colombia, 2004". *Rev salud pública* 2, no. 8 (2006): 69-80.

- Martínez, Raúl. “El concepto, la percepción de salud y la práctica de estilos de vida saludables”. *Tesis de maestría*, Universidad Autónoma de Nuevo León, 1994.
- Mertens, Dona. M. *Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods* 4ª ed. Washington D.C.: Gallaudet University, 2005.
- Más, S., Maheli., Alberti, V. Lizet., y Espeso, N. Nelia. “Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo”. *Rev Hum Med* 5, no. 2 (2005): 1,2.
- Milio, Nancy, *Promoting Health through Public Policy*. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1981.
- Ministerio de Salud. “Situación de las enfermedades no transmisibles en el Perú”. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/dms/situacion.html> (consultado: 18 de marzo, 2016).
- Mor, V; “Guadagnoli E. “Quality of life measurement: A psychometric tower of Babel”. *J Clin Epidemiol* , no. 41 (1988): 1055-1058.
- Muñoz, Elena. “La importancia del autocuidado, también en personas con dependencia”. http://educacionpapps.blogspot.pe/2013/05/la-importancia-del-autocuidado-tambien_24.html (consultado: 10 de octubre, 2016).
- National Sleep Foundation. “Tools and Quizzes.” www.sleepfoundation.org/quiz/quiz.pgo?id=6&qnum=2 (consultado: 10 de octubre, 2016).
- Neish, Christina. *Apuntes de clase del curso de programación educacional en salud pública*. Maestría en Salud Pública, Universidad Peruana Unión, verano 2004.
- Ng, G. T. *Feligresía adventista en el mundo llega a 18,1 millones*. <http://noticias.adventistas.org/es/noticia/institucional/feligresia-adventista-en-el-mundo-llega-181-millones/> (consultado: 19 de mayo, 2016).
- Noreña, Olga. “Importancia de la recreación en nuestra vida”. <http://www.ucaldas.edu.co/portal/importancia-de-la-recreacion-en-nuestra-vidas/> (consultado: 17 noviembre, 2016).
- Nuviala, A. et al. “Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada”. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 36, no. 9 (2009): 414-430. <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista36/artsalud121.htm> (consultado: 4 de abril, 2015).
- Organización Mundial de la Salud. “Informe sobre la salud en el mundo, 2003”. <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html> (consultado: 10 de abril, 2016).

- O'Donovan, G., Blazeovich, A.J., Boreham, C., Cooper, A.R., Crank, H., Ekelund, U. et al. "The ABC of Physical Activity for Health: A consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences". *J Sport Sci* 6, no. 28 (2010): 573-91.
- Oramas, A., Santana, S. y Vergara, A. *El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental*. La Habana, Cuba: Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, 2007.
- Organización Mundial de la Salud. "Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010". Ginebra. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/index.html (consultado: 1 de mayo, 2016).
- Organización de las Naciones Unidas. "World population prospects the 2002 revision". New York: División de Población, 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. "Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019". Washington, DC: OPS, 2014". http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31439&lang=es (consultado: 20 de marzo, 2017).
- Organización Panamericana de la Salud. "Enfermedades no transmisibles en las Américas: Indicadores básicos 2011". Washington (DC). http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1930&Itemid=1708&lang=es (consultado: 3 de abril, 2016).
- Osorio, J., Weisstaub, G. y Castillo, C. "Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alter acciones". *Rev Chil Nutr* 29, no. 3 (2002): 280-285.
- Paccor, Analía. Estado nutricional y hábitos alimentarios en estudiantes de cuarto año de la Carrera de Licenciatura en Nutrición. *Tesis de grado*, Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, 2012.
- Pamplona, Jorge. *Cómo tener un cuerpo sano*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 2011.
- Pamplona, Jorge. *¡Disfrútalo! Alimentos que curan y previenen*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1993.
- Pender, Nola, J. *El modelo de la promoción de la salud*. Connecticut: Appleton & Lange, 1996.
- Perla, ed, Pablo. *Salud y esperanza, claves para enriquecer su vida*. Miami, FL.: Inter-american Division Publishing Association, 2014.
- Pineda, E., Alvarado, F.E. y Canales, H. *Metodología de la investigación*. Washington,

- DC.: Organización Panamericana de la Salud, 1994.
- Rabines, Ángel Orlando. “Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados”. *Tesis de licenciatura*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/rabines_j_a/t_completo.pdf (consultado: 15 de mayo, 2016).
- Real Academia Española. “Estilo”. *Diccionario de lengua española – vigésima segunda edición*. http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=estilo (consultado: 05 de junio, 2016).
- Real Academia Española. “Recreación”. <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=recreaci%C3%B3n> (consultado: 17 de noviembre, 2016).
- Real Academia Española. “Vida”. *Diccionario de lengua española – vigésima segunda edición*. http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=vida (consultado: 5 de junio, 2008).
- Rebollo, M.J. y Núñez, M. *La mirada de la otra: Calidad de vida, género y educación*. Sevilla, España: Lagarde, 1998.
- Richard, Daniel. *Investigar se aprende investigando, no hay otro secreto*. Ñaña, Lima: Material impreso por el investigador, 2016.
- Richard, Daniel. *Educación para la salud*. Ñaña, Lima: Editorial Imprenta Unión, 2014.
- Rodríguez, Marín, J. *Calidad de vida en enfermos crónicos*. Valencia España: Ed Promolibro. 1993.
- Russell, Rex. *Vida saludable*. Miami, Florida: Editorial Vida, 2006.
- Simó-Noguera, C., Hernández-Monleón, A., Muñoz-Rodríguez, D. y González-Sanjuán, E. “El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud”. *Rev. Esp. Investig. Sociol.* no.151 (2015): 141-166. http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/Reis_151_Article_08143625_6975683.pdf (consultado: 10 de julio de 2016).
- Shankar, A., Syanaka, S. y Kalidindi, S. “Insufficient rest or sleep and its relation to cardiovascular disease, diabetes and obesity in a national, multiethnic sample”. *PLOS One* 11, no. 5 (2010): 1731
- Schwartzmann, Laura. “Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales”. *Ciencia y enfermería* 9, no. 2 (2003): 9-21.
- Sidney, K.H., y Sherphard, R.J. “Attitudes Toward Health and Physical Activity in the Elderly. Effects of Physical Training Program. Medicine and Science in Sports”. *Medicine and Science in Sport*, no. 8 (1976): 246 -252.

- Tamayo, Mario. *La investigación*. Bogotá: Arfo Editores Ltda., 1999.
- Taylor, J.W. *Diseño de trabajos de investigación*. Monterrey, México: Universidad de Monterrey, s/a.
- Universidad Miguel Hernández de Elche, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria y MSD. Instrumento de evaluación de modelos de atención ante la cronicidad. IEMAC1.0. http://www.iemac.es/data/docs/Formulario_IEMAC.pdf (consultado: 8 de octubre, 2016).
- Valdivia, Caroline D. “Estudio de estilos de vida en estudiantes que cursan el último año de su carrera de pregrado”. *Tesis de Licenciatura*, Universidad Austral de Chile, 2004. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32752/1/articulo4.pdf> (consultado: 7 de marzo, 2016).
- Vargas, Andrés. *Los ocho remedios naturales*. <http://docplayer.es/13878486-Los-ocho-remedios-naturales-autor-andres-vargas.html> (consultado: 17 de octubre, 2016).
- Vyhmeister, Nancy. *Manual de investigación teológica*. Miami, Florida: Editorial Vida, 2009.
- Ware, J.E., y Gandek, B. “Methods for Evaluating Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability”. *J Clin Epidemiol* 51, no. 11 (1998): 945-952.
- Waune, D. *Estadística con aplicaciones a las ciencias sociales y a la educación*. 2da ed. México: Editora Mc Graw-Hill, 1998.
- White, Elena G. de. *Consejos para los maestros, padres y alumnos acerca de la educación cristiana*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1948.
- White, Elena G. de. *El Camino a Cristo*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1985.
- White, Elena G. de. *Consejos sobre régimen alimenticio*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1974.
- White, Elena G. de. *El ministerio de curación*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1978.
- White, Elena G. de. *La educación*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1978.
- White, Elena G. de. *La temperancia*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana, 1978.
- World Health Organization. *Regional Office for Europe. Life-Styles and health Education Unit. Copenhagen*, 1986, citado por Jiménez, 575, 576.

World Health Organization. *Life-Styles and Health. Social Science & Medicine*. 1986, 22, 117-124.

Yauri, B.R. *Estructura del proyecto de investigación: Introducción*. <http://www.bryauri.com/index.php/investigacion/192-estrucproyecinvst> (consultado: 5 de mayo, 2016).

Yedigis, B.L., y Weinback, R.W. *Using Existing Knowledge*, en R.M. Grinnell y Y.A. Unrau, eds, *Social Work: Research and Evaluation. Quantitative and Qualitative Approaches*, 7ma. Ed. New York: Oxford University Press, 2005.